**日期： 年 月 日 类别： 离退休□ 教职工□ 独生子女（单职工）□ （双职工）□ 学生□**

**学院（部门）： 姓名： 一卡通：**

**银行账号： 联系方式：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **就诊医院** | **就诊属性** | **发票张数** | **发票总金额** | **是否有明细单** | **备注** |
| 1 |  | **门诊□ 住院□ 药店□** |  |  |  |  |
| 2 |  | **门诊□ 住院□ 药店□** |  |  |  |  |
| 3 |  | **门诊□ 住院□ 药店□** |  |  |  |  |
| 4 |  | **门诊□ 住院□ 药店□** |  |  |  |  |
| 5 |  | **门诊□ 住院□ 药店□** |  |  |  |  |
| 6 |  | **门诊□ 住院□ 药店□** |  |  |  |  |
| 7 |  | **门诊□ 住院□ 药店□** |  |  |  |  |
| 8 |  | **门诊□ 住院□ 药店□** |  |  |  |  |

**报销人签字： 审核人签字：**

**咨询电话：68893617李老师 一式两份**