

表七

## 北京市工伤职工医疗费用报销审批表

社保登记证号：

单位名称（公章）：

第 号

姓名		性别		年龄		人员类别	
公民身份证号码		工伤证号		工伤等级		定点医院	
工伤诊断				就诊医院			
本次诊断							
本次费用结算日期				结算天数		病案号	
本次结算费用（元）				收据张数		报送时间	
区县 医保 中心 审核 记过	符合工伤规定医疗费金额（元）						
	不符合工伤规定医疗费金额（元）						
	其中：拒付医院费用明细（元）						
	审核员：          联系电话：          盖章：          审核或初审时间：						
市医 保中 心复 审结 果	符合工伤规定医疗费金额（元）						
	不符合工伤规定医疗费金额（元）						
	其中：拒付医院费用明细（元）						
	审核员：          联系电话：          盖章：          审核或初审时间：						

注：此表一式三份，用于5万元以上（含5万元）区县医保中心审核的医疗费用。