

# 北京市离休统筹人员医疗费用手工报销申报表

单位名称（盖章）：

单位社保登记号：

单位经办人：

联系电话：

姓名		性别		年龄		人员类别	
身份证号码					就诊医院		
门诊日期	年 月 日至	年 月 日			连续天数		
住院日期	年 月 日至	年 月 日			住院天数		
就医类别	门（急）诊 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 异地 <input type="checkbox"/>						
主要诊断							
报销单据张数					总金额		
西药总额	中药总额	检查总额	治疗总额	化验总额	材料总额	其他总额	

以上部分由单位填写

以下部分由医保中心填写

西药自费	中药自费	检查自费	治疗自费	化验自费	材料		其他自费
					自费	限额	
备注：							

审核人：

审核日期：

- 注：1、检查总额包括常规检查费、CT 费、核磁费、放射费、B 超费等。  
 2、治疗总额包括输氧费、输血费、手术费、治疗费、注射费等。  
 3、其它总额包括自费、诊疗费、床位费、出诊费、煎药费等。  
 4、此表一式两份，离休统筹人员所在单位与区县医疗保险经办机构各留存一份。