# 北京市工伤保险医疗费用手工报销申报表

单位名称（公章）：　　社保登记证号：

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 姓　名 | | 性别 | | 身份证号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 工伤证号 | | 工伤等级 | | 就诊医院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 认定部位和职业病名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本次诊断 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医疗类别（门诊、住院分别填写审批表） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ 门诊 | 年　月　日　至　年　月　日 | | | 报销单据数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ 住院 | 年　月　日　至　年　月　日 | | | 报销单据数 | | | | 住院天数 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 总金额 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 项目名称 | 金额（元） | | 拒付金额*（元） | | 拒付原因* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 西药费 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 中药费 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 检查费 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 治疗费 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 化验费 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 材料费 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其他费用 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合计 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 备注* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位经办人员：　　电话：　　申报日期：　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

表格中“*”项由医保经办审核人员填写，其他栏目由用人单位填写。

初审人：　　复审人：　　审批日期：　　年　　月　　日