附件二

**大学生医保零星报销申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 卡号(或身份证号) | | |  | |
| 发票 金额 |  | | 发票 张数 |  | 入院时间 |  | |
| 出院时间 |  | |
| 申请异地住院  或转院时间 | |  | 住院医院及 所在地 | |  | | |
| 送 交 材 料 | 1、费用明细清单( )张 | | | | | | |
| 2、出院小结 ( )张 | | | | | | |
| 3、门诊病历 ( )张 | | | | | | |
| 4、证明材料 ( )张 | | | | | | |
| 5、处 方 ( )张 | | | | | | |
| 6、其 它 ( )张 | | | | | | |
| 退单 | 退回发票金额 | |  | | 发票张数 |  | |
| 原因 |  | | | | | |
| 初审 |  | | 复核 |  | 分管领导 |  |
| 签收人 |  | | | 日期 |  | |
| 备注 |  | | | | | | |