

(将票据别好或订好, 请不要自行粘贴)

# 医疗费用保障金给付申请书

编号:

**基本信息** ★ 请务必用签字笔填写, 以下各项信息为必填项, 以免影响您的给付进度。

申请人姓名: \_\_\_\_\_ 申请人身份证号 (或护照号): \_\_\_\_\_

连带子女姓名: \_\_\_\_\_ 连带子女身份证号 (或护照号): \_\_\_\_\_

公司名称: \_\_\_\_\_ 联系电话: \_\_\_\_\_

**交接明细** ★ 请在相对应“□”内打“√”

1、申请人任选其一:  社保卡复印件  身份证正背面复印件

2、连带子女:  社保卡复印件

3、实时结算: 收据\_\_\_\_\_张、处方\_\_\_\_\_张、病历\_\_\_\_\_张、各项检查/治疗明细\_\_\_\_\_张

诊断证明 其它材料: \_\_\_\_\_ 自付一金额: ¥ \_\_\_\_\_ 元

4、未实时结算: 收据\_\_\_\_\_张、处方\_\_\_\_\_张、病历\_\_\_\_\_张、各项检查/治疗明细\_\_\_\_\_张

诊断证明 其它材料: \_\_\_\_\_ 申请金额: ¥ \_\_\_\_\_ 元

5、分割单: 其它材料: \_\_\_\_\_ 申请金额: ¥ \_\_\_\_\_ 元

申请人工作地:  北京  异地: \_\_\_\_\_

**注:** 收据、处方、诊断证明必须提供原件, 给付后单据恕不退还。

我公司如对以上所提供的单据有疑义, 必要时请协助提供其它单证。

**声明:** 1、本人已详细了解给付特别约定, 单据属实、绝无欺瞒, 否则, 贵公司有权拒绝给付。

2、本人授权任何医生、医院及有关部门向贵公司提供申请人的一切有关身体健康的真实资料, 此授权书的影印本具同等效力。

3、如果此申请单由他人代为填写, 责任由申请人本人承担。

**申请金额: ¥ \_\_\_\_\_ 元**

**申请人签字: \_\_\_\_\_**

部门:

保障月份:

比例:

计算:

备注:

经办人:

复核人:

审批人: