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/统一社会信用代码：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性别** |  | **身份证号** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **就诊医院** |  |
| **医疗类别**（门诊、住院分别填写） |
| □门诊□住院 | 年 月 日**至** 年 月 日 | **票据数** |  | **住院天数** |  |
| **申报医疗费用** | 总金额： 元其中：基本医疗保险基金垫付 元；用人单位垫付 元。 |
| **发放方式** | □ 参保人员 □ 单位 |
| **本人确认上述申报信息无误，承诺所提交的材料真实、合法、有效，此次申报的票据未经过任何途径报销，如有虚假或重复报销，因此产生的法律责任及一切后果由本人自行承担。****单位经办人： 联系电话： 日 期： 年 月 日** |
| **经办机构受理人： 日 期： 年 月 日** |
| **医疗费用拒付原因\*** | **备注\*** |
|  |  |
| **拒付金额\*** |  | **支付金额\*** |  |

**表格中\*项由工伤保险经办人员填写，其他栏目由单位经办人填写。**

初审： 复审： 日期： 年 月 日

填表注意事项：

1.申报多次门（急）诊费用的，可汇总填报一张申报表；申报多次住院费用的，每次住院需填报一张申报表；

2.门（急）诊费用需记录最早就诊日期和最晚就诊日期，门（急）诊票据按就诊时间先后顺序排序；

3.申报材料一经提交，不予退回，如需留存，请提前复印。