

医疗保险报销申请书

(以下带*项为必填项)						
就诊人信息	*单位名称	北京五湖四海人力资源有限公司			*联系电话	6440 1342
	*就诊人姓名	*性别	*年龄	*性质	<input type="checkbox"/> 主被保险人 <input type="checkbox"/> 附属被保险人	
	*证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 户口簿 <input type="checkbox"/> 其他_____			*证件号码	
申请人信息	*理赔申请人与就诊人关系: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定监护人					
	*申请人姓名				*联系电话	
	*申请人证件号					
	*银行卡	<input type="checkbox"/> 招商银行 <input type="checkbox"/> 中国银行 <input type="checkbox"/> 农业银行			*卡号	
申请人填写					保险公司填写	
*就诊日期	*就诊医院	*就诊原因	*收据原件 (张)	*发票总金额 (元)	审核金额 (元)	理赔原因
共计：就诊 () 次；申报金额 () 元；收据 () 张						
声明与授权： 1、本人声明上述填写内容，及本人提供的一切资料均完全属实，并无虚假及重大遗漏，且已阅读并知晓《保险反欺诈提示》。如有虚假不实或隐瞒情况北京五湖四海人力资源有限公司有权追究其相应责任。 2、本人授权单位提供与本次理赔申请有关的一切资料（包括病历、司法证明材料等），由此产生的一切法律后果由本人承担。 理赔申请人签章：_____ 申请日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日						