附件4

巢湖学院教职工大病救助报销单(表三)

在职职工工号： 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性别** |  | **年龄** |  | **所在部门负责人**（签字盖章） |  |
| **职工状态** | **在职（ ） 退休（ ） 教授（正高）（ ） 在职校级（ ） 离休（退休校级）（ ）√** |

**说明：以上内容由报销人员填写**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **年度累计****医疗费金额（元）** |  | **住院** |  | **年度累计****已报销金额（元）** |  | **医保** |  |
| **门诊** |  | **医补** |  |
| **个人年度****支付总金额（元）** |  | **住院** |  | **剔除金额****合计（元）** |  | **医保** |  |
| **门诊** |  | **医补** |  |
| **未享受医疗补助金额（元）** |  | **新增发票金额（元）** |  | **发票张数** |  |
| **超医保范围金额（元）** |  | **罹患病种** |  |
| **纳入报销基数金额（元）** |  | **报销比例** |  **%** | **初审报销金额（元）** |  | **说明：** |

**说明：以上内容由审核人员填写**

**注：须提供（1）门诊、住院医疗发票、出院小结、费用清单；（2）医保结算单。**

|  |
| --- |
| **上述各项初审报销合计人民币（大写）： ¥：** |
| **医保办初审人** |  | **复核人** |  |
| **财务报销合计人民币（大写）： 　　　　 ¥：** |
|  **主管领导：**  |

 **校分管领导：**

 **校领导：**

**财务处：**