附件2

巢湖学院教职工医疗补助(门诊费用)报销单(表一)

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**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **发票张数****合计** |  | **定点医院发票** |  | **原发票****金额****合计（元）** |  | **现金支付** |  |
| **医保刷卡小票** |  | **医保账户** |  |
| **其它** |  |
| **退回发票张数** |  | **扣门槛费** | **1000元** | **剔除金额****合计（元）** |  |  |
| **退回发票金额（元）** |  |  |
| **就诊医院** | **1****2** | **2** | **3** |
| **纳入报销基数金额（元）** |  | **报销比例** |  **%** | **初审报销金额（元）** |  |
| **备注** |  |

**说明：以上内容由审核人员填写**

**注：须提供（1）门诊医疗发票、病历；（2）门诊定点医院以外就诊的转诊审批报告。**

|  |
| --- |
| **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：**