



1101081963020673312304

北京市医疗保险门诊上传费用审核表

单位名称:

北京市

原单位名称:

按单位医保登记证填写
按参保人信息填写

打印日期

2023年4月11日

姓名		性别		年龄		病历号	
参保人类别	人员	公民身份号码	110108			就诊类别	
社保登记证号码						就诊定点医院	

门诊	由		至		连续天数	
住院	入院时间		出院时间		天数	
			结算时间			
报销单据	张数	2	总金额	838.10	单据数/金额	0.00
个人账户单据	张数		金额合计	0.00	个人账户支付金额	0.00

病情摘要	根据所提交单据的张数总金额填写	企业主管部门登记	
		(章)	

项目分类	金额	拒付金额	拒付原因
西药费总金额	0.00		
西药费(自费)			
西药费(部分自费)			
中药费总金额	0.00		
中药费(自费)			
中药费(部分自费)			
检查费总金额	0.00		
检查费(自费)			
检查费(部分自费)			
治疗费总金额	0.00		
治疗费(自费)			
治疗费(部分自费)			
化验费总金额	0.00		
化验费(自费)			
化验费(部分自费)			
材料费总金额	0.00		
材料费(自费)			
材料费(部分自费)			
其它费用总金额	0.00		
其它费(自费)			
其它费(部分自费)			
其他费(门诊诊疗费及医事服务费金额)	0.00		

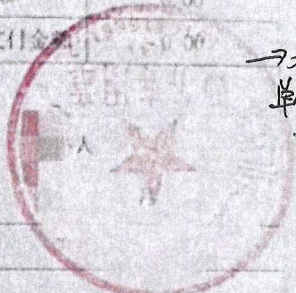
如实际情况填写



企业联系人:

单位日期:

2023 4 11



盖章
→ 名称
单位名称
人