门诊医疗费用报销登记表

姓名： 性别： 年龄： 学号： 班级：

证历本号： 身份证号：

疾病名称：

就诊医院及就诊发票相关信息填写：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 | 医疗机构等级 | 费用发生时间 | 急诊或普通门诊 | 票据张数 | 金额 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

申报人（签名）：

申报时间：

联系方式：

注意事项： 申请报销时需要携带证历本、医疗费发票原件、本人身份证及银行卡（学校发的工商银行卡）复印件各一份。

 浙江机电职业技术学院长安校区医务室