附件2：

文华学院大学生医保普通门诊费用报销申请审批表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **年级专业** |  |
| **就诊医院** |  | **就诊金额** |  |
| **身份证号码** |  | **联系电话** |  |
| **是否在校参保大学生医保** | 是/否 | **家庭所在地** |  |
| **本人武汉建行卡** |  | | |
| **门诊治疗**  **经过及结果** | 本人承诺提供的就诊信息真实、有效(简述门诊治疗经过及结果，治疗起始时间)。 | | |
| 申请人签名： 申请时间： 年 月 日 | | |
| **学工办审**  **核意见** | 该生在校参加大学生医保，提交的材料符合普通门诊费用报销要求。  审核人签章： 审核时间： 年 月 日 | | |
| **文华医院**  **审核意见** | 经审核， □ 同意报销该生门诊费用。  □ 不同意报销该生门诊费用。  审核人签章： 审核时间： 年 月 日 | | |
| **学生工作处**  **审核意见** | 兹根据文华医院审核意见，同意报销 元。  审核人签章： 审核时间： 年 月 日 | | |
| 报销单据粘贴处（门诊收据原件、门诊病历和学生证复印件等）： | | | |