|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **台州市城乡居民医疗保险医疗费报销单** | | | | | | | |  |
|  |  | 年 月 日 NO： | | | | | | | |  |
|  |  | **本次就诊信息** | | | | | | | |  |
|  |  | 姓名 |  | 性别 |  | 社会保障号 | |  | |  |
|  |  | 身份证号码 |  | | | 户址 |  | | |  |
|  |  | 医保类型 |  | 报销类型 |  | 本年住院次数累计 | |  | |  |
|  |  | 大病累计支付 | |  | | 年度门诊规定医疗费用累计 | |  | |  |
|  |  | 重大疾病累计支付 | |  | | 年度住院规定医疗费用累计 | |  | |  |
|  |  | 是否双向转诊 | |  | | 是否大病药品 | |  | |  |
|  |  | 出院疾病诊断 |  | |  | 就诊医院 |  | | |  |
|  |  | 就诊日期 | 至 | | | 天数 |  | 发票张数 |  |  |
|  |  | **本次医疗费用** | | | | | | | |  |
|  |  | 项目 | 金 额 | 自 理 | 自 费 | 项目 | 金 额 | 自 理 | 自 费 |  |
|  |  | 床位费 |  |  |  | 治疗费 |  |  |  |  |
|  |  | 诊查费 |  |  |  | 手术费 |  |  |  |  |
|  |  | 护理费 |  |  |  | 麻醉费 |  |  |  |  |
|  |  | 西药费 |  |  |  | 材料费 |  |  |  |  |
|  |  | 中成药 |  |  |  | 输血费 |  |  |  |  |
|  |  | 中草药 |  |  |  | 伙食费 |  |  |  |  |
|  |  | 检验费 |  |  |  | 挂号费 |  |  |  |  |
|  |  | 检查费 |  |  |  | 陪护费 |  |  |  |  |
|  |  | 放射费 |  |  |  | 空调费 |  |  |  |  |
|  |  | 放疗费 |  |  |  | 其他费用 |  |  |  |  |
|  |  |  | 医疗费总额 |  |  | 自理金额 |  | 转外自理比例 |  |  |
|  |  | 自费金额 |  |  | 规定医疗费用 |  | 转外自理金额 |  |  |
|  |  | **本次报销费用** | | | | | | | |  |
|  |  | 统筹基金支付 | |  | | 本次起付线 | |  | |  |
|  |  | 大病基金支付 | |  | | 自负金额 | |  | |  |
|  |  | 重大疾病支付 | |  | | 个人现金 | |  | |  |
|  |  | 医保拨付总额（大写） | |  | | | ￥： |  | |  |
|  |  | 医疗审核 |  | 医疗复核 |  | 财务复核 |  | 稽核 |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | 年 月 日 | | 年 月 日 | |  | 年 月 日 |  | 年 月 日 |  |
|  |  | 审批 |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  | 年 月 日 |  | 经办机构 （盖章） |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 打印日期： |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |