

附件 1

中关村发展集团内部补充医疗费用报销审批单

申请人				部 门			
岗 位				申请时间			
以下由申请人填写						以下由初审人填写	
序号	诊治日期		收据数量 (张)	分割单数量 (张)	申报金额 (元)	拒付金额 (元)	备注
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
合 计							
个人账户 可报销额		年度累计 已报销额		此次实报销		个人账户 剩余额	

注：如费用单据为分割单，诊治日期可填写时间段，如×月×日-×月×日；
申请人：人力资源部审核：