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：