上海建桥学院学生校外门急诊结算凭证

SJQU-QR-XB-543（A0）

带★号的请认真填写 年 月 日 NO.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学生姓名★ |  | 年级★ |  | 专业班级★ |  | 学号★ |  |
| 性别★ |  | 身份证号码★ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 疾病名称★ |  | 就诊医院 |  |
| 医疗费总计 |  | 非医保费总计 |  | 年起付标准 |  | 一级医院可报销70% |  | 二级医院可报销60% |  | 三级医院可报销50% |  |
| 合计 |  | 一级医院支 出 |  | 二级医院支 出 |  | 三级医院支 出 |  |
| 医疗费总支出（大写）： 万 仟 佰 拾 元 角 分 | （小写）￥ |
| 报销人银行卡号（仅限建设银行）：★

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

学生手机号码：★

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 | 辅导员（签字）★年 月 日 |

审批人： 财务复审： 复核医生： 初审医生： 报销人★：

备注：三级医院 （上海市第六人民医院，上海市精神卫生中心）；二级医院（上海市第八人民医院，上海市浦东医院）；一级医院（上海市浦东新区芦潮港社区卫生服务中心）