**南京市城乡居民（大学生）医疗保险零星报销登记表**

受理流水号： 受理人： 审核人： 受理时间：

|  |
| --- |
| 人员基础信息 |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 险种 |  |
| 社保卡号 |  | 身份证号码 |  | 人员类别 |  |
| 单位名称 |  | 联系电话 |  |
| 本次受理信息 |
| 医院类别 |  | 医疗类别 |  |
| 发票数量 |  | 票据总金额 |  |
| 附件 | □费用清单 □门诊病历 □出院小结 □转诊证明□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 备注： |  |
|  **个人承诺书**本人承诺以上内容及所提供的医疗费用等材料真实有效，且未享受过就医地的职工医保、居民医保、新农合的医疗保险待遇。如有虚假，由此产生的一切后果及法律责任由本人承担。以上信息已核对无误。申请人（代办人）： 年 月 日 |