**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 | | | | | | | |