**济宁市市直保健对象医疗费支出汇总表**

主管单位（章）：　　　　　　　　　单位（章）：　　　　　　　　　联系人：　　　　 　电话：　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | **保健证号** | **定点医院门诊金额** | **定点医院住院金额** | **合 计** | **备 注** |
| **金额总数** | **审核意见** | **金额总数** | **审核意见** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **合计** |  |  |  |  |  |  |  |

**注：1.①提交单据：定点医院门诊单据②住院费用凭“济宁市城镇职工医疗保险费用报销单”和医院单据。**

1. **曾担任过党政部门主要负责人的，请在备注栏中注明职务、任职时间。**
2. **定点门诊和住院金额费用只需填写金额总数栏，审核意见栏无需填写。**
3. **本表一式两份，请各单位务必按照报送要求整理汇总后，报送市保健委员会办公室。**

 **联系电话：2162716 2968830**