**北京航空航天大学公费医疗费用报销申请单**

填表时间： 年 月 日 请申报报销人员认真填写以下内容。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学/工号 |  | 姓名 |  | 手机号码 |  |
| 就诊医院 |  | 就诊日期 |  | 诊断 |  |
| 发票张数 |  | 申报金额 |  | **本人承诺就诊单据仅报销一次**  报销人确认签字： | |
| 人员类别 | □学生 □在职 □退休 □离休 □新102 | | | | |
| 就医类别 | □门诊 □急诊 □住院 | | | | |
| 以下内容申报报销人员不填写 | | | | | |
| 审核人 |  | 审核结果 |  | 核算人 |  |