

工伤（亡）职工医疗费用报销受理审核单

年 月

用人单位名称（盖章）：

用人单位社保登记码：

用工单位名称：

用工单位社保登记码：

个人基本信息 (申请单位或个人填写)		姓 名		工伤认定号						
		公民身份号码或其他证件号码		支付方向		□用人单位 □用工单位 □本人				
参保方式	□按用人单位参保 □按项目参保		住院伙食补助费		异地就医交通、住宿费		□申请 □不申请			
医疗费用凭证明细信息（申请人填写）						受理意见（受理机构填写）		医疗费用审核意见（审核机构填写）		
序号	发票凭证号	报销类别	凭证日期	凭证类别	凭证金额（元）	受理	未受理	非支付范围金额 （元）	备注	
1		□门（急）诊 □住院		□持卡 □自费						
2		□门（急）诊 □住院		□持卡 □自费						
3		□门（急）诊 □住院		□持卡 □自费						
4		□门（急）诊 □住院		□持卡 □自费						
5		□门（急）诊 □住院		□持卡 □自费						
6		□门（急）诊 □住院		□持卡 □自费						
7		□门（急）诊 □住院		□持卡 □自费						
8		□门（急）诊 □住院		□持卡 □自费						
9		□门（急）诊 □住院		□持卡 □自费						
10		□门（急）诊 □住院		□持卡 □自费						
小计		—	—	—		—	—			

病史资料：① 门（急）诊病历复印件____张； ② 门（急）诊医疗费用明细清单原件____张； ③ 出院小结复印件____张；
④ 住院费用明细清单原件____张； ⑤ 其他资料____张，（名称：_____）。

填表人：_____填写日期：_____年__月__日 受理机构：_____区（县）_____街道（乡镇） 审核机构：_____区（县）医保事务中心
联系电话：_____ 受理人：_____受理日期：_____年__月__日 审核人：_____审核日期：_____年__月__日
本页第_____页，共_____页

《工伤（亡）职工医疗费用报销受理审核单》填表说明

1、“用人单位名称（盖章）”：加盖用人单位公章。

2、“支付方向”：工伤保险待遇原则上支付给工伤保险待遇领取人，即勾选“本人”。若用人单位或用工单位发生垫付，并提供由工伤人员或其近亲属签收的相关垫付凭证，可勾选“用人单位”或“用工单位”，社保经办机构将垫付费用支付至用人单位或用工单位基本银行账户。

3、“参保方式”：工伤职工按用人单位参加工伤保险的，请选择“按用人单位参保”；工伤职工按项目参加工伤保险的，请选择“按项目参保”。

4、“住院伙食补助费”：根据工伤职工住院治疗工伤的天数，按20元一天计算。

5、“异地就医交通、食宿费”：经备案至外省市治疗工伤的职工发生的交通和食宿费用的，勾选“申请”。

6、“发票凭证号”：由本市财政票据监制部门监制，一般位于收费票据的右上角。

7、“报销类别”：工伤人员门（急）诊治疗工伤的，勾选“门（急）诊”；工伤人员住院治疗工伤的（含急诊留观），勾选“住院”。

8、“凭证日期”：收费票据的出具日期。

9、“凭证类别”：工伤人员持本人社会保障卡就医的发票，勾选“持卡”；工伤人员直接使用现金就医的发票，勾选“自费”。

10、“凭证金额”：收费票据的合计总金额。

11、“病史资料”：按所附材料类别分别填写资料张数。

12、“联系电话”：注明填表人的联系电话。