**附件1**  **首都医科大学门诊医药费报销单**

在校学生（ ） 临床学生（ ） 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 请 人 填 写 | 姓名 |  | 学号 |  | 银行卡号  （工商银行卡） | |  | | | | | | |
| 药费金额（元） | 中药费 | 西药费 | 检查治疗费 | 化验费 | 医事服务费 | | | CT费 | | 核磁费 | 其他 | 合计 |
| 疾病名称 |  | | 收据张数 |  | | | | 申请人签字 | | |  | |
| 审 核 人 填 写 | 特殊药品 | | | | 自负比例 | | | | 自负金额 | | | | |
| 名称 | | 金额 | |
|  |  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |
| 审核人签字 | |  | |  | | |  | 年 月 日 | | | | |
| 财 务 处 填 写 | 个人负担金额 | | （药费自负金额+特殊药品自负金额+其他自负金额） | | | | | | | 元 | | | |
| 学校报销金额 | | （大写） | | | | | | | ￥ | | | |
| 复核人签字 | |  | | | | | | 年 月 日 | | | | |