

附件 1

西安市基本医疗保险门诊慢性病补助费用个人报销单

城镇职工 城乡居民

单位名称(公章): 年月日

姓名		性别		年龄		医保个人编码 /身份证号	
发票张数				发票金额			
参保人 确认签字				经办人员 签字	(单位、社区、学校经办人)		
审核扣除				审核人签字			
备注							