北京市医疗保险费用补支审批单

表1

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　名 |  | | 身份证号 |  |
| 原始单据总金额 |  | | 已支付金额 |  |
| 补  支  原  因  及  金  额 | 补支原因：         补支金额（元）：  大写金额：  区、县医疗保险经办人签字： 年 月 日 | | | |
| 定点医疗机构签字：  （盖章） | | 参保人员签字：    用人单位签字： （盖章） | | |
| 主管主任意见：  签字 年 月 日 | | | | |
| 主任意见：  签字 年 月 日  区、县医疗保险经办机构盖章 | | | | |