邮寄业务申请表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **姓名：** | **身份证号码：** | **发票张数： 发票总金额：** |
| **联系人：** | **联系电话：** | **联系地址： 邮编：** |
| **请选择一种报销费用打卡方式：** | ①本人社保卡支付 （ ） | 友情提示：非本地办理的社保卡请选择②方式支付 |
| ②本人银行卡支付 （ ) | 友情提示：请提供银行卡正面复印件，并标注银行卡开户行（办理城市，例上海分行） |
| 友情提醒： | 1、请将填写好的《邮寄业务申请表》、《邮寄业务办理清单》中的相关材料，及业务需求人身份证正面照片，以邮寄的方式寄至中心指定地址；2、由于目前中心暂时只办理以下邮寄业务，因此请您参考《邮寄业务办理清单》中的项目，并进行勾选，详细描述您的业务需求；3、中心在业务办理完成后将以短信的方式回复您；4、邮寄业务办理是中心在疫情防控期间为方便群众办事采取的便民举措。申请人需要保证业务办理均为本人，提供的信息和材料准确无误。如存在隐瞒或者弄虚作假情形，将承担相应责任。 | |
|
|
|
|
| 业务需求描述 |  | |
| 特别提醒： | 1、涉及发票原件中心要留存归档，需要留底的请自行提前复印备份好。 | |
| 2、出院记录或出院诊断、门诊病历可以提供复印件。 | |
| 3、门诊发票核对清单明细是否完整，涉及中药的，必须提供中药明细、每味中药费用都要有价格明细。 | |
| 4、2022年的度医疗费用报销截止日期为2023年6月30日。 | |
| 本人承诺以上内容及所提供的医疗费用等材料真实有效，如有虚假，由此引发的一切后果及法律责任由本人承担，并同意上述报销款付款方式。以上信息已核对无误！ | | |
| 申请人签名： 日期： | | |