

安 徽 医 科 大 学

医 药 费 用 申 请 报 销 单（门诊、住院、慢特病）

年 月 日

姓 名				部 门			电 话			工 号 保健证号			
开 户 名				开 户 行			账 号						
年	月	日	就诊单位			单据号码		金 额		患 事 病 由			
										校医院审批意见			
										后勤保障部审批意见			
单 据 张			合 计 金 额 (大 写)										

报销人签名：

承 诺 书

本人承诺此次报销电子发票号码
在校医院仅作为此次报销凭证，以前未报销。如果出现重复报销现象，
责任自负。

承诺人：

日 期：