附件2：

**公费医疗报销资料卡**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 工号/学号 |  | 联系电话 |  |
| 类别 | □在职□退休  □离休□统筹，挂靠职工姓名及工号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□学生 | **票据张数（不含清单）****\_\_\_\_\_张** |
| **（仅学生填写）****学校统一办理的中国银行卡****卡号：** |

**温馨提示：**

1、报销款项转入校发工资卡中，家属统筹的转入所挂靠教工的校发工资卡中。

2、票据自开票之日起一年之内有效，逾期票据不予报销，请勿投单。

3、检查报告单和出院记录请提供复印件。