



## 理赔申请书

NO. \_\_\_\_\_

请注意: ● 该理赔单仅适用于医疗报销(员工、子女、配偶)、住院补贴、托费申请。其他类型的理赔申请请联系贵司相关负责人或拨打4001962002 进行咨询。  
● 如涉及员工、子女、配偶各自的报销费用及子女托费, 均需分开填写多张理赔申请书。

STEP

1

理赔  
所需  
资料

请勾选  
申请类型:

- 医疗费用 (医疗收据(原件)、医疗费清单、门急诊病历、各项检查化验报告的复印件)  
 住院补贴 (医疗收据(原件)、出院小结、住院明细清单的复印件)  
 生育 (医疗收据(原件)、相关检查化验项目清单、孕检记录和封面复印件(或孕妇大卡病史和封面复印件))  
 托费 (正规教育部门开具的托费收据原件, 如第一次申请, 请提供子女出生证明复印件)

\* 慢性病(高血压、冠心病、糖尿病、慢性肝炎、肾炎等)第一次申请理赔时, 请提供详细的疾病诊断依据及近期相关的检查报告。

STEP

2

### 员工信息

员工姓名

联系电话

证件号码

公司名称

电子邮箱

STEP

3

### 理赔信息

费用发生人类别

本人

子女 姓名 \_\_\_\_\_

配偶 姓名 \_\_\_\_\_

发生日期

发票张数

主要病情/诊断说明/申请事由

发票金额

提交发票总数

发票总金额

● 发票金额不等于赔付金额, 赔付以公司福利约定和审核结果进行给付。

● 如行数不够可以再填写一张申请书。

STEP

4

### 声明:

上述各项填报内容及申请人提供的一切资料, 均应完全属实。如虚假或隐瞒实情, 保险公司有权拒付保险金, 告知任职公司, 并依法追究欺诈者的刑事责任、行政责任、民事责任。

申请人签名: \_\_\_\_\_ 申请日期: \_\_\_\_\_

以下为外服审核栏

初审意见	审核意见	复审意见	核赔意见
<input type="checkbox"/> 暂缓 资料不符退回____张收据 原因	<input type="checkbox"/> 全部理赔 <input type="checkbox"/> 不予理赔 <input type="checkbox"/> 部分理赔 <input type="checkbox"/> 暂缓理赔	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意	核赔金额合计
		原因	
受理金额 ¥ _____	合计		¥ _____
受理人/日期:	审核人/日期:	复核人/日期:	核赔人/日期: