



员工理赔申请书

ZH NO _____ 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: | <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 住院补贴 (医疗收据(原件)、出院小结、住院明细清单的复印件) <input type="checkbox"/> 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)) <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 子女 姓名 _____ <input type="checkbox"/> 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。 ● 如需退回理赔申请资料并向第三方索赔, 请提供邮寄地址 & 邮编: _____ | | | | | |

| | |
|-----------|---|
| 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 原因 | 核赔金额合计 |
| 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: |