附件二：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **公务员门诊医疗费补助申报表（ 年第 季度）** | | | | | | | | | | |
| 社保编码 |  | 身份证编码 |  | | | | 性别 |  | 年龄 |  |
| 姓 名 |  | 申报收据  张数 |  | 申报门诊  费总额 | |  | | | | |
| 核定拨付金 额 （小写） |  | 拨 付 金 额 （大写） | 佰 拾 元 角 分 | | | | | | | |
| 社保局 审核人 |  | | | 社保局 经办人 |  | | | | | |
| 费用审核 |  | | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | |
| 贴  收  据  处 | A 4纸 | | | | | | | | | |
|
|
|