



团体医疗保险理赔申请书

(门急诊专用)

保单号码		单位名称			
员工姓名		员工身份证号码			
家属姓名		家属有效证件号码			
工作部门		联系电话			
索 赔 资 料	就诊日期	费用类别	收据数量	收据总金额	疾病诊断
	合计				
保险金领取方式:		<input type="checkbox"/> 委托 (单位/个人) <input type="checkbox"/> 自领 <input type="checkbox"/> 银行转账 (银行账户仅限被保险人本人账户)			
开户银行			给付账户名		
给付账号					
<p>本人郑重声明:</p> <p>1、本人声明上述填写内容, 及本人提供的一切资料均完全属实, 如有虚假不实或隐瞒情况中国人民健康保险股份有限公司有权拒付保险赔偿金。</p> <p>2、本人授权任何单位或个人均可向中国人民健康保险股份有限公司提供与本次理赔申请有关的一切资料 (包括病历、司法证明材料等)。</p> <p>3、如需银行转账, 本人同时声明授权中国人民健康保险股份有限公司将保险赔偿金直接划入被保险人提供的上述银行账户, 并同意负责因非中国人民健康保险股份有限公司原因导致转账不成功的后果。</p> <p style="text-align: center;">客户签字: _____</p> <p style="text-align: right;">_____ 年 月 日</p>					

索赔须知:

- 1、请清楚、完整、正确的填写员工或家属资料 (家属包括未成年人请填写投保时所填有效证件号码)。
- 2、每次门诊 (在同一天、同一家医院、因同一种疾病就诊归为一次门诊) 需分栏填写, 员工与家属同时索赔时请分别填写本申请书。
- 3、费用类别填写: 1-门急诊费用、2-生育费用、3-意外医疗费用、4-其他
- 4、索赔时请提供医疗收据原件, 医疗费用清单以及相关病历、相应检查报告等理赔申请资料复印件。
- 5、相应理赔申请资料请按诊治日期、诊治顺序依次订附在本申请书后, 勿粘贴。
- 6、必须填写索赔收据数量、索赔金额的合计数。理赔申请填写索赔金额时请扣除挂号费、工本费、煎药费等自费费用。
- 7、退件重新申请时请提交全部资料。