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 |
|
|
|