



医疗保险索赔申请单

上联保险人留存

索赔申请指引须知：

1. 清楚、完整、正确填写员工姓名、工作岗位、联系方式。
2. 每次就诊费用请分栏填写；**索赔金额和收据金额一致，诊治日期和收据日期一致。**
3. 每次就诊的病历资料与对应的医疗收据放在一起，并钉附在索赔申请单后，勿粘贴。
4. 费用类别填写：1—门诊；2—住院；3—购药；4—其他。
5. 索赔时请提供医疗收据原件、门诊病历、各项检查报告、住院小结等原件或复印件；
6. 复申请附初审退单全部资料及补充资料，并附上个人赔款清单；

| | | | | | |
|------|--|----------------|--|------------|--|
| 员工编号 | | 员工姓名 (中文签名) | | 工作单位 | |
| 工作岗位 | | 年龄/性别 | | 您的 联系电话 | |

| 员工填写 | | | | | 保险公司填写 | | |
|---------|------|------|------|---------------|-------------------------|------|-----|
| 诊治年/月/日 | 费用类别 | 收据数量 | 收据金额 | 本保险年度 住院次数 | 索赔的事故原因或疾病名称 (诊断或病因) | 核赔意见 | 退单数 |
| 必填 | 必填 | 必填 | 必填 | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 合计 | | | | | | | |

特别说明：

被保险人及连带被保险人声明及授权：

1. 上述各项填报及本人提供的一切资料完全属实。如有虚假不实或隐瞒情况，贵公司有权拒赔保险赔偿金并依法追究法律责任。
2. 本人授权任何医院及其他知情机构或知情人士向贵公司提供有关本人此次意外或疾病的一切资料及健康状况，病例和诊疗资料。

被保险人签名（中文）：必填_____

填写日期：__年__月__日

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

| | | | | |
|------|------------|------|------------|----------|
| | 0000 | | 0000 | |
| 0000 | abc | 0000 | 123 | 00000000 |
| 0000 | | 0000 | | 00000000 |
| 0000 | | 0000 | | 0000 |



中国人寿保险股份有限公司
China Life Insurance Company Limited

| | | | | |
|----|--|-----|--|--|
| 00 | | 000 | | |
|----|--|-----|--|--|