## 附件14

深圳市龙华区博士后医疗保障费用核销申请表

联系人： 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | | 联系  电话 | |  | |
| 证件类型和身份证号 |  | | | | | | | |
| 所在单位 |  | | | | | | | |
| 工作单位地址 |  | | | | | | | |
| 社保(医保)  卡号 |  | 个人负担的基本医疗保险费用实际支出 | |  | | 拟核销费用 | |  |
| 账户名 |  | | 银行账号及开户行 | | （具体到支行） | | | |
| 所在用人单位  意见 | 兹证明 （身份证号： ）所填写及提交的材料属实，同意其申请龙华区博士后医疗保障政策。  单位负责人（签名）： （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | |