## 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 |