**门诊报销审核单 （2023年第二季度）**

**二级学院、校区 年级专业班级 姓名 学号**

|  |  |
| --- | --- |
| **就诊医院** | **报销金额** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**贴发票处：**

**审核人签字： 分管领导签字： 医生审核签字：**

**年 月 日**