情况说明

姓名: 　 　 ，身份证号码: 　 　 　 　，

于　 年　 月　 日至　 年　 月　 日，总金额　 　元。因　 　 　　 　 　，未在医院刷医保卡，现申请现金报销。

申请人：

代办人：

年 月 日