

**上海浦东外国企业服务有限公司  
住院补帖保障申报单**

姓名	商社名称	联系电话:			
雇员本人身份证号码 <input style="width: 100%;" type="text"/>					
住院日期	医院名称	诊断结果	住院天数	申报补帖金额	备注
申报金额合计:					

- 备注: 1. 雇员申报住院补帖需提供**住院发票的复印件**  
 2. 仅限于参加外服保障计划选择住院补帖类项目的雇员  
 3. 所有至我司前台提交的理赔材料均有回执, 其余方式提交均不提供

申报人签名: \_\_\_\_\_  
 年            月            日

回            执

\_\_\_\_\_先生/小姐

收到您交来的理赔收据\_\_\_\_\_张,申报总金额\_\_\_\_\_元.根据您的申报及您所在公司选择的保障项目,在 10 个工作日内完成理赔并直接划入您的银行卡内,如有疑问,请上网查询或致电 23225122 谢谢合作!

经办人:\_\_\_\_\_

地址:南京西路 288 号创兴金融中心 20 楼

传真:33663530

我司网址:www.fesconline.com

浦东外服\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日