一次性告知单

同志：

你于 年 月 日办理住院费用报销事项时，经审查，申请办理事项的资料不齐全，需要补齐以下材料后方可办理：

🗆 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡（委托他人办理的，还需提供代办人身份证）（原件或复印件）

🗆 《广西基本医疗保险医疗费用申报表》（原件）

🗆 医疗费用发票（发票丢失的，可提供发票存根复印件并加盖医疗机构财务章，同时签署承诺书）（原件）

🗆 与医疗费用发票对应的费用结算清单（原件）

🗆 有诊疗经过描述的诊断证明或出院记录，急诊留观费用提供急诊诊断证明或急诊留观病历（复印件）

🗆 参保人本人银行账户（如无法提供的，可提供参保人员直系亲属的银行账户及双方关系佐证材料或承诺书）（复印件；承诺书原件）

注：🗆 如涉及意外伤害的，需提供交警事故认定书、法院判决书、调解协议书等公检法部门出具的相关证明材料复印件一份，无法提供的应填写意外伤害就医个人承诺书（承诺书原件）

🗆 申报的新生儿医疗费用清单姓名与参保登记姓名不一致的，提供出生医学证明复印件

🗆 城乡居民生育医疗费用报销提供生育登记材料复印件或用结婚证复印件及《符合生育政策承诺书》原件替代；流（引）产、计划生育医疗费用报销提供结婚证复印件。

（生育登记材料、出生医学证明、结婚证能通过自治区共享数据交换平台获取的免于提供。）

🗆 其他：

备注：需补的材料在项目前🗆处打“√”。

签收人： （签字） 经办人： （签字）

年 月 日