

## 北京友谊医院受试者费用报销明细表

| 序号      | 受试者姓名 | 受试者身份证号 | 报销金额（元）     |      |      |      |    |    | 收款账户信息 |       |      |      | 收款人签字 |
|---------|-------|---------|-------------|------|------|------|----|----|--------|-------|------|------|-------|
|         |       |         | 受试者医疗费用（自费） | 交通补偿 | 营养补偿 | 误工补偿 | 其他 | 合计 | 收款人姓名  | 银行卡卡号 | 开户银行 | 手机号码 |       |
|         |       |         |             |      |      |      |    |    |        |       |      |      |       |
|         |       |         |             |      |      |      |    |    |        |       |      |      |       |
|         |       |         |             |      |      |      |    |    |        |       |      |      |       |
|         |       |         |             |      |      |      |    |    |        |       |      |      |       |
|         |       |         |             |      |      |      |    |    |        |       |      |      |       |
|         |       |         |             |      |      |      |    |    |        |       |      |      |       |
|         |       |         |             |      |      |      |    |    |        |       |      |      |       |
|         |       |         |             |      |      |      |    |    |        |       |      |      |       |
| 合计金额（元） |       |         |             |      |      |      |    |    |        |       |      |      |       |

经办人：

联系方式：