

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：