**情 况 说 明**

**姓名： 参保编号/身份证号码**

**联系方式： 医疗费用总额： 元**

**就医情况：□疾病 □外伤 □交通事故 □其他**

**外地就诊：□已办理异地就医登记 □返回其（包括本人、配偶、父母等直系亲属）住所地或经常居住地 □旅游 □出差 □其他**

本人承诺上述情况属实，若与真实情况不符，本人将报销所得款项全部退回，园区社会保险基金和公积金管理中心保留追诉的权利

申请人： 日期：

**受理人员： 审核人员：**

**复核人员：**