**工伤费用申报须知：**

**一、需申请工伤医疗费用手工报销的情况**

依据工伤保险条例第十七条，“**发生工伤后30天内用人单位需向劳动行政部门提出工伤认定申请**”。认定为工伤后，可以申报从**发生工伤之日起**的医疗费用。

如提出申请的时间超出了30日，自发生工伤至工伤受理期间的医疗费用，工伤保险不予支付。如确有特殊原因，不能及时进行工伤认定的，**需在30日内向劳动行政部门提出延期申请**，在手工报销工伤医疗费用时，需同时提供延期申请的复印件。

工伤参保人员领取工伤证后，须在**北京市工伤定点医疗机构**就医。工伤参保人员携带工伤证、社保卡，方可实时结算工伤部位的医疗费用；工伤证下发后，未实时结算的工伤费用，如有其他符合规定的原因，可进行手工申报。

**二、材料准备**

**①门诊：**

《北京市工伤保险医疗费用手工报销申报表》（一式两份），诊断证明复印件，认定工伤决定书复印件，工伤认定申请受理决定书复印件，工伤证复印件，票据+明细+药费处方。

**②住院：**

《北京市工伤保险医疗费用手工报销申报表》（一式两份），诊断证明复印件，认定工伤决定书复印件，工伤认定申请受理决定书复印件，工伤证复印件，票据+出院汇总清单。

**二、注意事项**

①门诊、住院费用需分别提供申报材料，分开申报。住院费用按单次住院提交申报材料。其中，单笔申报材料总费用超过5万元的，需另外填写《北京市工伤职工医疗费用报销审批表》（三联）。

②申报表需**加盖单位公章**。

③票据需提供完整明细，若有药费需提供相应处方。

④每月1-20日受理报销材料。

⑤已受理的报销材料，由社保中心留存归档，不再退还单位，如有其他需要(如二次报销等)请提前复印相关材料。

⑥申报表中的各项信息必须按要求填写，**联系人和联系电话需注明**，报销材料受理后请及时登记。

⑦参保人员在**外埠发生**的医疗费用，除提供以上材料，还需提供用人单位出差证明等相关材料。

**北京市工伤保险医疗费用手工报销申报表**

单位名称（公章）： 社保登记证号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** | |  | **身份证号** | | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| **工伤证号** |  | **工伤等级** | |  | **就诊医院** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **认定部位和职业病名称** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **本次诊断** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **医疗类别**（门诊、住院分别填写审批表） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 门诊 | 年 月 日 **至** 年 月 日 | | | | | | **报销单据数** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住院 | 年 月 日 **至** 年 月 日 | | | | | | **报销单据数** | | | | |  | | | | | **住院天数** | | | | |  | | | | | |
| **总金额** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **项目名称** | **金额**（元） | | **拒付金额\***（元） | | | **拒付原因\*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 西药费 |  | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 中药费 |  | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 检查费 |  | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 治疗费 |  | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 化验费 |  | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 材料费 |  | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其他费用 |  | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合计 |  | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **备注\*** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **单位经办人员： 电话： 申报日期：** 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

表格中\*项由医保经办审核人员填写，其他栏目由用人单位填写。（每次填写一式两份）

**初审人： 复审人： 审批日期：**  年 月 日