**报销申请**

成都市锦江区医疗保险管理局：

我单位职工 ，身份证号： ，社保编码： ，于 年 月入职，单位于 年 月开始为其购买社保，现因突发 （疾病名称）于 年 月 日至 年 月 日（入院时间）在 （医院名称）住院治疗，医疗费用为 元（大写： ）因其参保未满一年，现申请按照成都市城镇职工基本医疗保险相关规定进行报销。

 单位名称：

 年 月 日