索赔申请书（团体健康险适用）

NCI 新华保险

CA031

投保单位：							
保单号：				申请项目：			
申请总人数：　　人				原始医疗费用凭据：共　　张			
联系人姓名：				联系人电话：			
与索赔申请相关的说明： 申请单位签章： 申请日期：　　年　　月　　日							
以下由保险公司指导填写							
1. 提交索赔文件情况：　（可另附页）							
出险人姓名	（选项填写） 1. 被保险人 2. 连带被保险人 3. 其他	原始医疗费用凭据张数	其他文件张数	出险人姓名	（选项填写） 1. 被保险人 2. 连带被保险人 3. 其他	原始医疗费用凭据张数	其他文件张数
保险公司签收人：　　提交人：　　签收日期：　　年　　月　　日							
2. 退还索赔文件栏：							
退还原始医疗费用凭据____张 其他退还单证说明： 退还文件签收人：　　退还文件日期：　　年　　月　　日							
3. 立案情况							
单证齐全日期：　　立案日期：				业务员姓名：			
立案人签章：				业务员联系电话：			