**未实时结算情况说明**

\_\_\_\_\_\_医保中心：

我公司员工\_\_\_\_\_\_\_身份证号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，因 ，未能在医院持社保卡实时结算，特申请手工报销。望贵中心给予受理报销。

致谢！

 公司名称（盖章）

本人签字：

经办人签字：