**公司欠费情况说明**

医保中心：

我公司员工 ，身份证号 ，因我司社保于 年 月至 年 月期间欠费，导致就诊时未能使用社保卡实时结算。

现我司社保费已补缴完成，特申请为该员工申请医疗手工报销，特此说明。

公司名称（盖章）

 年 月 日