打款情况说明

济南市医疗保险事业中心：

参保人 （身份证号码 ）于 期间因发生疾病在 医院治疗，现申请将此次报销费用打到 名下 （银行），银行卡号： 。由此产生的一切经济纠纷及法律责任均由本人承担。

特此说明。

（备注：参保人需在本人签名上按手印。）

参保人（委托人）：

联系电话：

年 月 日