

非定点医院住院申请表

被保险人姓名	保险合同编号	保险合同生效日期	出险日期	险种名称

申请住院医院名称：-----

申请原因：

被保险人/受益人承诺：

- 1、本人在非定点医院各项医疗费用均符合当地社会医疗保险（含公费）管理部门的规定，否则贵司有权免除相应部分的保险责任。
- 2、如非定点医院不能配合贵公司进行病历、检查等资料的核实工作，本人将配合向贵公司提交所需资料。

被保险人/受益人签字：

日期：

批复

批复人：

日期：

批复

批复人：

日期：

备注：

- 1、本次批复只是对该次非定点医院住院申请的批复意见，不作为该次住院能否获得赔付及以后在非定点医院住院的依据。
- 2、本批复请妥善保管，在理赔申请时同申请资料一并提交我公司。