

袋鼠健保会员申诉表

尊敬的会员，请认真填写以下表格中所有项目，未填写完整的表格将视为作废。如您有任何疑问，请咨询袋鼠健保在线客服，或致电 400-885-1515 转 9，我们非常乐意为您提供帮助。

会员信息	
袋鼠健保会员 ID	
会员卡卡号	
您的姓名	
申诉人信息	
姓名 (如非会员本人，需提供申诉授权证明)	
联系电话	
通讯地址	
电子邮件 (选填)	
申诉信息	
申诉对象 (指使您权益受损的服务提供者、医疗机构等)	人/机构/组织
申诉内容 (请在下页具体描述申诉事实)	
申诉服务项目 (您当日所享受的服务项目)	
接受服务日期	
申诉日期	

- ※ 将填写完毕的申诉表 (需申请人手写签名) 照片或扫描件上传到“袋鼠健保”微信公众号。
- ※ 您需如实填写以上信息，无须担心申诉会影响您的会员权益。
- ※ 您需要认真填上该表，未明确相关需求的申请将不会被视为申诉。
- ※ 如涉及第三方合作机构，我们将由专业的评审员进行介入调解，以保障您的正当合法利益。

申诉者签名_____

请您在下方具体描述申诉的相关事实，包括您申诉的理由。请尽可能具体，您为什么认为所发生的事宜违反或侵害了您的会员权益？

如有相关参考文件佐证，请一同附上照片/扫描件。

事实描述

附表

申诉授权委托书

本人（委托人）_____授权（受托人）_____为本次申诉行为的申诉人，委托人与受
托人为_____关系。

受托人将代为执行本次申诉，本授权委托书有效期自即日起至本次申诉完成之日止。

委托人：

年 月 日