附件1

 证明编号： 年 月 日 号

北京市基本医疗保险参保人员

丢失医疗费用票据核对证明

定点医疗机构名称：

定点医疗机构编码：

患者 ，身份证号： ，于 年 月 日因 疾病，在我院就医，共发生医疗费用 元，特此证明。

北京市门诊收费专用收据核对单

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目 | 金额 | 项目 | 金额 | 项目 | 金额 | 项目 | 金额 |
| 西药 | 　 | 中成药 | 　 | 中草药 | 　 | 化验 | 　 |
| 放射 | 　 | B超 | 　 | CT | 　 | 核磁 | 　 |
| 检查费 | 　 | 治疗费 | 　 | 材料费 | 　 | 手术费 | 　 |
| 输氧费 | 　 | 输血费 | 　 | 正畸费 | 　 | 镶牙费 | 　 |
| 司法鉴定 | 　 | 其它 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 人民币（大写）： ￥： |

门诊费用明细：

备注: 此证明一式两联，参保人员，定点医疗机构各存一份

医院财务签章 医院医疗保险办公室签章

 年 月 日 年 月 日