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