

附件 2

北京市基本医疗保险参保人员 丢失医疗费用票据补支申请

姓名：_____，身份证号：_____，
因_____原因，将_____等定点
医疗机构_____年_____月至_____年_____月的医疗费用票据丢失，
共计票据_____张，合计：_____元。申请进行报销。

本人保证上述内容的真实性，如有虚假愿意承担一切法律责任。

本人签字：_____联系电话：_____

申报单位签章：_____联系电话：_____

年 月 日