

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

年        月        日

医院医疗保险办公室签章

年        月        日