附件

核对单编号：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日\_\_\_\_\_\_\_\_\_号

内蒙古自治区本级基本医疗保险参保职工

丢失医疗费用发票核对单

定点医疗机构名称：

定点医疗机构编码：

患者姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_身份证号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_住院病历号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_收费收据号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_，于\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日因\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_疾病，在我院就医，共发生住院/门诊医疗费用\_\_\_\_\_\_元。

住院医疗费用收据核对单

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项 目 | 金 额 | 项 目 | 金 额 | 项 目 | 金 额 |
| 西药费 |  | 诊疗费 |  | 床位费 |  |
| 中成药 |  | 化验费 |  | 取暖费 |  |
| 中草药 |  | 治疗费 |  | 卫材费 |  |
| 检查费 |  | 护理费 |  | 其 他 |  |
| 手术费 |  | 输氧费 |  |  |  |
| 核磁费 |  | 输血费 |  |  |  |
| CT费 |  | 放射费 |  |  |  |
| 合计（大写）： | | | | ¥： | |

定点医疗机构 定点医疗机构

财务签章： 医保办签章：

年 月 日 年 月 日

备注：此单一式两联，参保人员、定点医疗机构各执一份。