天津市医疗收费票据丢失

毁损补支申请表

姓名： ，身份证号： ，

因 原因，在 （定点医疗机构、定点零售药店） 年 月 至 年 月的医药费票据发生丢失（毁损），共计票据 张，合计：元，大写 元，申请进行报销。

 单位和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：

 单位签章： 联系电话：

汇集票据部门意见（签章）：

年 月 日

注：此表一式四份，汇集票据部门、定点医疗机构（零售药店）、社保经办机构、本人各执一份。 （用标准A4纸打印填写）