

安徽省医疗住院收费票据 (电子)



票据代码: 34060220
交款人统一社会信用代码: 342529*****7213
交款人: 徐小毛

票据号码: 0614512307
校验码: e33176
开票日期: 2024-01-20

项目名称	金额(元)	备注	项目名称	金额(元)	备注	项目名称	金额(元)	备注
床位费	90.00		护理费	96.00		化验费	602.50	
检查费	283.00		其他住院收费	5.00		手术费	1227.50	
卫生材料费	33.00		西药费	134.49		诊察费	44.00	
治疗费	219.00		中成药费	60.00				

金额合计 (大写) 贰仟柒佰玖拾肆元肆角玖分

(小写) 2794.49

业务流水号: ZY125648	病历号: 15064103	住院号: 15064103	住院科别: 骨伤二科
其他住院时间: 20240118 - 20240120	预缴金额: 1000.00	补缴金额: 1794.49	退费金额: 0.00
其他医疗机构类型: 三级	医保类型: 自费	医保编号:	性别: 男
信 息 医保统筹基金支付: 0.00	其他支付: 0.00	个人账户支付: 0.00	个人现金支付: 2794.49
息 个人自付: 0.00	个人自费: 2794.49	出院日期: 20240120, 住院天数: 2, 结算单据号:	

财政电子票据查验网站: <http://czqj.ahzfw.gov.cn:8888>

收款单位 (章)



复核人:

收款人: 632

安徽省医疗门诊收费票据 (电子)

票据代码: 34060120
交款人统一社会信用代码: 342529*****7213
交款人: 徐小毛

票据号码: 0666223802
校验码: 7d051f
开票日期: 2024-01-20



项目名称	数量/单位	金额 (元)	备注	项目名称	数量/单位	金额 (元)	备注
检查费	1 元	140.00		诊察费	1 元	5.00	
普通门诊诊察费	1 次	5.0000	以下是清单项	X线诊断	1 每部位	20.0000	
数字化摄影 (DR)	2 次	120.0000					
金额合计 (大写) 壹佰肆拾伍元整				(小写) 145.00			
其业务流水号: MZ16978254	门诊号: 00396638		就诊日期: 20240116				
他医疗机构类型: 三级	医保类型: 自费		性别: 男				
信医保统筹基金支付: 0.00	其他支付: 0.00		医保编号:				
息个人自付: 0.00	个人账户支付: 0.00		个人现金支付: 145.00				
收款单位 (章)	复核人:		财政电子票据查验网站: http://czpj.ahzwfw.gov.cn:8888				

安徽省医疗机构门诊收费票据 (电子)



票据代码: 34060120

交款人统一社会信用代码: 342529*****7213

交款人: 徐小毛

票据号码: 0666231274

校验码: e85d56

开票日期: 2024-02-05

项目名称	数量/单位	金额 (元)	备注	项目名称	数量/单位	金额 (元)	备注
治疗费	1	元	30.00				
换药 (中)	1	次	30.0000	甲类			
金额合计 (大写) 叁拾元整				(小写) 30.00			
其业务流水号: 6454623372719558406 门诊号: 00396638							
医疗机构类型: 中医医院				医保类型: 自费		就诊日期: 20240205	
他医保统筹基金支付: 0.00				其他支付: 0.00		性别: 男	
信个人自付: 0.00				个人账户支付: 0.00		个人现金支付: 30.00	
息				个人自费: 0.00			
收款单位 (章) 寿县中医院 收费专用章				财政电子票据查验网站: http://czpj.ahzfw.gov.cn:9888			
				复核人:		收款人: 宋玉婷	

泾县工伤职工电子医疗费用票据报销申请表

申请日期： 2024 年 月 日

工伤职工姓名	徐小毛	身份证号	342529.9 7213
就诊医疗机构	泾县中医院	电子票据张数	3
票据号及就诊日期	34060220 - 2024.01.18 - 0614512307 34060120 0666223802 - 2024.1.16 34060120 066623194 - 2024.2.5.		
票据金额合计	2969.49		
是否已在其他医疗保险经办机构报销	否	是否已在商业保险机构报销	否
承诺内容	承诺所填内容陈述真实有效，电子票据未在任何机构做过医疗费用报销，今后也不会重复提出医疗费用报销申请表。本人及单位愿意承担由于陈述内容不实或违反承诺行为造成的后果，并负退回工伤医疗保险报销款、罚款、记入个人诚信档案及相关的法律责任。		

工伤职工签字：

徐小毛

参保单位签章：

