

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:340822\*\*\*\*\*2021

交款人:丁智琴

票据号码:0666210885

校验码:3dd2be

开票日期:2023-12-24



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				
-----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)壹佰肆拾元整

(小写)140.00

其他信息  
业务流水号:MZ16801977  
医疗机构类型:三级  
医保统筹基金支付:0.00  
个人自付:0.00

门诊号:00376725  
医保类型:泾县城镇职工  
其他支付:0.00  
个人自费:140.00

医保编号:  
个人账户支付:0.00

就诊日期:20231223  
性别:女  
个人现金支付:140.00

收款单位(章)



复核人:



票据查验网站: <http://czpj.ahzwfw.gov.cn:8888>

收款人:952

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: 340822\*\*\*\*\*2021

交款人: 丁智琴

票据号码: 0666210886

校验码: f054bb

开票日期: 2023-12-24



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					
-----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) 壹佰肆拾元整				(小写) 140.00			
其 业务流水号: MZ16545698	门诊号: 00376725			就诊日期: 20231120			
他 医疗机构类型: 三级	医保类型: 泾县城镇职工			性别: 女			
信 医保统筹基金支付: 0.00	其他支付: 0.00			个人现金支付: 140.00			
息 个人自付: 0.00	个人自费: 140.00						

收款单位 (章)



医保编号:  
个人账户支付: 0.00

政电子票据查验网站: <http://czpj.ahzwfw.gov.cn:8888>

复核人:

收款人: 952



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: 340822\*\*\*\*\*2021

交款人: 丁智琴

票据号码: 0666210887

校验码: a4102b

开票日期: 2023-12-24



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	267.00	卫生材料费	1	元	50.00
西药费	1	元	27.54				
-----以下是清单项-----							
数字影像服务(连通率>80%)	1	次	20.0000	CT诊断	1	每部位	40.0000
单次多层CT平扫(大于等于16排加收)	1	每部位	27.0000	单次多层CT平扫	1	每部位	180.0000
绷带高分子	1	个	50.0000	塞来昔布胶囊(西乐葆)	1	盒	27.5400
金额合计(大写)叁佰肆拾肆元伍角肆分				(小写) 344.54			
其他业务流水号: MZ16404649	门诊号: 00376725			就诊日期: 20231102			
医疗机构类型: 三级	医保类型: 泾县城镇职工			性别: 女			
医保统筹基金支付: 0.00	其他支付: 0.00			个人现金支付: 344.54			
个人自付: 0.00	个人自费: 344.54						
息							

收款单位(章)



财政电子票据站: <http://czpj.ahzfw.gov.cn:8888>

复核人:

收款人: 952

# 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 3 月 8 日

工伤职工姓名	丁智琴	身份证号	34082212021
就诊医疗机构	泾县中医院	电子票据张数	3张
票据号及就诊日期	票据号：0666210887 就诊日期：20231102 票据号：0666210886 就诊日期：20231120 票据号：0666210885 就诊日期：20231223		
票据金额合计	624.54		
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：丁智琴

参保单位签章：



年 月 日