椒江区年度医疗费用证明

姓名：

身份证号码：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 结算日期 | 出院日期 | 入院疾病 | 医疗费总额 | 报销金额 | 个人现金支付 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

信息提供单位（公章）

出具时间：