补助证明

中国红十字基金会：

兹证明 省 市 县 街道（乡、镇） 村姓名： ，身份证号： ，因患白血病， 年 月 日至 年 月 日，我单位对其进行新农合医保报销，共计 次，其医疗总费用合计 元，医保报销合计 元。

其医疗票据原件/医保报销结算单原件，共计 张，均已留存我单位，复印件（附后）与原件一致，特此证明。

单位名称（盖章）

年 月 日