**医保结算证明**

台州市住房公积金管理中心仙居分中心：

职工\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,身份证号码\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,其本人 年度医疗费用结算清单如下：

（附结算清单详细表）

仙居县医保局

年 月 日