附件一：

**北京市基本医疗保险参保人员**

**丢失医疗费用票据补支申请**

姓名： ，身份证号： ，

因 原因，将 等定点医疗机构 年 月 至 年 月的医疗费用票据丢失，共计票据 张，合计： 元。申请进行报销。

本人保证上述内容的真实性，如有虚假愿意承担一切法律责任。

本人签字： 联系电话：

申报单位签章： 联系电话：

年 月 日