西安市基本医疗保险（生育保险）参保人员申报电子发票报销医疗费用的情况说明

姓名： ，身份证号： ，

现申请 医疗机构 年 月 日至 年 月 日的住院/门诊医疗费用电子发票进行报销，发票号码为 ，共计票据 张，合计： 元。

本人承诺此次申报电子发票的真实性、唯一性、不存在重复申报，如有虚假愿意承担一切法律责任。

本人签字： 联系电话：

申报单位盖章: 联系电话：

年 月 日