|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_镇街（园区）\_\_\_个人实际自费结算单 |
|  |  单位：元 |
| 序号 | 医院名称 | 发票日期 | 票据编号 | 个人实际自费金额 | 备 注 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 合 计 |  |  |
|  附件： 张 |
| 社区经办人（盖章）： 镇街（园区）妇联审核人（盖章）： |
|  年 月 日 年 月 日  |