

附件 2

XXXXX 院前医疗急救收费清单（存根联）

编号[20] 号

先生、女生(或家属):

年月日时,本次院前急救发生的急救费用约计元,请于2日内及时到医院急诊科结算并领取发票(预收款多退少补)。

收费项目	项目价格	金额(元)
救护车费	公里	
出诊费		
院前急救费		
药费		
材料费		
检查费		
治疗费		
担架搬抬特需服务费		
合计		

患者或家属(签名): 联系电话: 住址:

出诊医生(签名): 护士(签名): 司机(签名):

(压线单位盖章)

XXXXX 院前医疗急救收费清单（患者联）

编号[20] 号

先生、女生(或家属):

年月日时,本次院前急救发生的急救费用约计元,请于2日内及时到医院急诊科结算并领取发票(预收款多退少补)。

收费项目	项目价格	金额(元)
救护车费	公里	
出诊费		
院前急救费		
药费		
材料费		
检查费		
治疗费		
担架搬抬特需服务费		
合计		

患者或家属(签名): 联系电话: 住址:

出诊医生(签名): 护士(签名): 司机(签名):

年 月 日(单位盖章)