

发票寄回申请

患者_____, 因发票原件作为_____用途, 现申请将购药发票原件寄回。

药品名称: _____、药品规格: _____

药品数量: _____、共计____张发票, 发票信息如下:

发票号:

_____/_____/_____/_____/_____
_____/_____/_____/_____/_____
_____/_____/_____/_____/_____
_____/_____/_____/_____/_____

收件人 (患者本人):

联系方式:

寄回地址: (请书写工整,避免寄错):

声明: 本人承诺自愿申请发票寄回, 发票如在邮寄中出现任何问题由本人自行承担。

患者本人签字: _____

申请日期: _____