泰安市基本医疗保险意外伤害住院备案表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 手机号码 |  |
| 社会保障号码（身份证号码） |  | 住院日期 |  |
| 收住医院 |  | 所住科室 |  |
| 是否有第三方责任人 | 是（ ） 否（ ） |
| 受伤经过：本人或亲属签字：年 月 日 |
| 病情摘要：医保医师签名： 科主任签名：年 月 日 年 月 日 |
| 医院医疗保险办公室(科)意见： | （盖章）年 月 日 |

本表一式二份，参保人员、经治定点医院各一份。