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。