

吉首市城居基本医疗保险意外伤害申请审定表

患者姓名		性别		年龄	
参保社区				人员类别	
身份证号				医保卡号	
定点医院 就诊 诊疗 情况	入院时间			初步诊断	
	治疗情况				
	就诊医院				
	附件	发生意外的学校证明(或)个人情况说明报告			
		就诊医院的诊断证明			
经治医生 签名				科主任 签名	
医院医保 办盖章	<p style="text-align: center;">本参保人目前在我院住院治疗，符合意外伤害报销范围，其住院医疗费请审批纳入基本医疗保险支付范围</p> <p style="text-align: right;">经办人： 年 月 日</p>				
征缴股 缴费 确认盖章	<p style="text-align: center;">本参保人家庭或个人已缴费，参保有效时间：</p> <p style="text-align: center;">年 月 日至 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">经办人： 年 月 日</p>				
结算股 审批意见	<p style="text-align: center;">经审核同意本参保人的住院医疗费用纳入基本医疗保险支付范围</p> <p style="text-align: right;">经办人： 年 月 日</p>				