急诊备案(驻济)

|  |
| --- |
| 省直医疗保险零星结算备案表 |
| 单位名称 (章):  |
| 姓名 | 　 | 性别 | 　 | 身份证号 |   |
| 人员类别 | □在职 □退休 □建国前老工人 □1-4级工伤职工□特字保健 □普通保健 □1-6级革命伤残军人 |
| 结算类别 | □省内门诊；□省内住院；□省外门诊；□省外住院； |
| 医院名称 | 　 | 医院等级 |   |
| 初步诊断 | 　 | 就医时间 | 　 | 　 |
| 单位联系人 | 　 | 联系电话 | 　 | 　 |
| 用人单位详细情况说明：　单位经办人签字： 单位负责人签字：　　　　　 年 月 日 |
|  注:本表一式两份，由用人单位5个工作日内报备案及费用结算时各一份报省社保局医保处。 |