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。 | | | | | | | | | | |