

材料 1:

## 泰安市基本医疗保险意外伤害住院备案表

姓 名		性 别		年 龄		手机 号码	
身份证号码				住院日期			
收住医院					所住科室		
受伤经过：							
本人或亲属签字：							
年 月 日							
病情摘要：							
医保医师：				科主任：			
年 月 日				年 月 日			
医院医保办（科） 意见	医保办（科）主任：						
	（盖章） 年 月 日						
医保经办机构意见	（盖章） 年 月 日						

注：1、本表一式 3 份，参保人员、经治定点医院、医保经办机构各 1 份。