附件2

基本医疗保险家庭病床申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号码 |  |
| 参保类别 |  |
| 经治定点医疗机构意 见 | 出院诊断：年 月 日 |
| 建床基层医疗卫生机构意见 | 评估意见：建床时间： 年 月 日至 年 月 日责任医生（签名）:盖章年 月 日 |
| 经办机构审核意见 | 审核意见：建床时间： 年 月 日至 年 月 日盖章年 月 日 |

注：本表一式二份，经审核后，经办机构和建床医疗机构各留存一份。