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。