

附件 4

住院期间外院检查治疗或定点药店购药单

姓名\_\_\_\_\_ 性别\_\_\_\_\_ 年龄\_\_\_\_\_ 科别\_\_\_\_\_

证件类型\_\_\_\_\_ 证件号码\_\_\_\_\_

诊断\_\_\_\_\_

外检定点医院或外购定点药店名称：\_\_\_\_\_

外检项目或外购药品：\_\_\_\_\_

外检或外购药原因：\_\_\_\_\_

医师签字：

定点医疗机构医疗保险办公室盖章

日期：XXXX 年 XX 月 XX 日