附件 2

汕尾市开展日间手术费用结算月度汇总表

医疗机构名称：（盖章）									
联系人				联系电话			填报日期		
序号	住院号	个人编码	身份证号码	参保人姓名	日间手术病种名称	手术操作编码	入院日期	出院日期	医疗总费用（元）
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
...									