

附件 1:

## XX 省（自治区、直辖市）XX 市医疗保障基金结算清单（样式）

定点医疗机构名称\_\_\_\_\_ 定点医疗机构代码\_\_\_\_\_ 清单流水号\_\_\_\_\_

医保编号\_\_\_\_\_ 病案号\_\_\_\_\_ 医保结算等级\_\_\_\_\_

申报时间\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

一、基本信息					
姓名_____ 性别 <input type="checkbox"/> 1.男 <input type="checkbox"/> 2.女 出生日期____年__月__日 年龄____岁 国籍_____					
（年龄不足 1 周岁）年龄____天 民族_____ 患者证件类型_____ 患者证件号码_____					
职业_____ 现住址_____省（区、市）____市____县_____					
工作单位及地址_____ 单位电话_____ 邮编_____					
联系人姓名_____ 关系_____ 地址_____省（区、市）____市____县_____ 电话_____					
医保类型_____ 特殊人员类型_____ 参保地_____					
新生儿入院类型_____ 新生儿出生体重_____克 新生儿入院体重_____克					
二、门诊慢特病诊疗信息					
诊断科别_____ 就诊日期_____					
病种名称	病种代码	手术及操作名称	手术及操作代码		
三、住院诊疗信息					
住院医疗类型 <input type="checkbox"/> 1.住院 <input type="checkbox"/> 2.日间手术					
入院途径 <input type="checkbox"/> 1.急诊 <input type="checkbox"/> 2.门诊 <input type="checkbox"/> 3.其他医疗机构转入 <input type="checkbox"/> 9.其他					
治疗类别 <input type="checkbox"/> 1.西医 <input type="checkbox"/> 2.中医（2.1 中医 <input type="checkbox"/> 2.2 民族医） <input type="checkbox"/> 3.中西医					
入院时间____年__月__日__时 入院科别_____ 转科科别_____					
出院时间____年__月__日__时 出院科别_____ 实际住院____天					
门（急）诊诊断（西医诊断）_____ 疾病代码_____					
门（急）诊诊断（中医诊断）_____ 疾病代码_____					
出院西医诊断	疾病代码	入院病情	出院中医诊断	疾病代码	入院病情
主要诊断：			主病：		
其他诊断：			主证：		


诊断代码计数\_\_\_\_\_

主要手术及操作名称	主要手术及操作代码	麻醉方式	术者医师姓名	术者医师代码	麻醉医师姓名	麻醉医师代码

手术及操作起止时间\_\_\_\_\_ 麻醉起止时间\_\_\_\_\_

其他手术及操作名称 1	其他手术及操作代码 1	麻醉方式	术者医师姓名	术者医师代码	麻醉医师姓名	麻醉医师代码

手术及操作起止时间: \_\_\_\_\_ 麻醉起止时间\_\_\_\_\_

其他手术及操作名称 2	其他手术及操作代码 2	麻醉方式	术者医师姓名	术者医师代码	麻醉医师姓名	麻醉医师代码

手术及操作起止时间\_\_\_\_\_ 麻醉起止时间\_\_\_\_\_

.....

手术及操作代码计数\_\_\_\_\_

呼吸机使用时间\_\_\_\_\_天\_\_\_\_\_小时\_\_\_\_\_分钟

颅脑损伤患者昏迷时间: 入院前\_\_\_\_\_天\_\_\_\_\_小时\_\_\_\_\_分钟

入院后\_\_\_\_\_天\_\_\_\_\_小时\_\_\_\_\_分钟

重症监护病房类型 (CCU、NICU、ECU、SICU、PICU、RICU、ICU (综合)、其他)	进重症监护室时间 (_年_月_日_时_分)	出重症监护室时间 (_年_月_日_时_分)	合计 (_时_分)

输血品种	输血量	输血计量单位

特级护理天数\_\_\_\_\_ 一级护理天数\_\_\_\_\_ 二级护理天数\_\_\_\_\_ 三级护理天数\_\_\_\_\_

离院方式  1.医嘱离院  2. 医嘱转院, 拟接收机构名称\_\_\_\_\_  3.转医嘱转社区卫生服务机构/乡镇卫

生院, 拟接收机构名称_____ 4.非医嘱离院 5.死亡 9.其他					
是否有出院 31 天内再住院计划 <input type="checkbox"/> 1.无 2.有, 目的_____					
主诊医师姓名_____			主诊医师代码_____		
责任护士姓名_____			责任护士代码_____		
<b>四、医疗收费信息</b>					
业务流水号: _____		结算期间: _____年____月____日—_____年____月____日			
票据代码: _____					
票据号码: _____					
<b>项目名称</b>	<b>金额</b>	<b>甲类</b>	<b>乙类</b>	<b>自费</b>	<b>其他</b>
床位费					
诊察费					
检查费					
化验费					
治疗费					
手术费					
护理费					
卫生材料费					
西药费					
中药饮片费					
中成药费					
一般诊疗费					
挂号费					
其他费					
XX (按病种收费名称+代码)					
金额合计					
<b>医保统筹基金支付</b>					
<b>补充医疗保险支付</b>	职工大额补助		<b>个人负担</b>	个人自付	
	居民大病保险				
	公务员医疗补助			个人自费	
<b>医疗救助支付</b>					
<b>其他支付</b>	企业补充		<b>个人支付</b>	个人账户支付	
	商业保险			个人现金支付	
	.....				

医保支付方式  1.按项目 2.单病种 3.按病种分值 4.疾病诊断相关分组 (DRG) 5.按床日 6.按人头.....

定点医疗机构填报部门\_\_\_\_\_

医保经办机构\_\_\_\_\_ 代码\_\_\_\_\_

定点医疗机构填报人\_\_\_\_\_

医保机构经办人\_\_\_\_\_ 代码\_\_\_\_\_