附件2

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： 年 月 日