

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