**Year年巨鹿县医院长期护理险入住人员待遇核算表**

**单位： Org 核算时间： sDate — eDate**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **身份证号** | **户籍地或工作单位** | **参保人员身份** | **所患**  **病种** | **护理形式** | **鉴定时间** | **住院日期** | **出院日期** | **住院天数** | **医疗总费用（元）** | **报销标准（元/天）** | **报销金额（元）** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表人： 审核人： 复核人： 填表日期： **年 月 日**