**邢台市巨鹿县长期护理保险费用结算单**

河北省 邢台 市 巨鹿 县（市、区） 审核表编号:AuditNo

长期护理保险定点服务机构：OrgName 填写日期:Year年Month月Day日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 | Name | | 性别 | | Sex | | 出生日期 | | BirthDate | | 身份证号 | IdNo | | |
| 医疗证号 | ResidengNo | | 户、人属性 | | RsType | | 护理类别 | | CareType | | 联系电话 | ContactPhone | | |
| 住院号 | FeeNo | | 结算开始日 | | BeginTime | | 结算结束日 | | EndTime | | 发票号 | InvoiceNo | | |
| 住院天数 | Hop | | 报销标准 | | NCIPayLevel | | 报销比例 | | NCIPayScale | | 报销金额 | NCIPay | | |
| 疾病名称 | DiseaseDiag | | | | | | 手术名称 | |  | | | | | |
| 县外转诊批准机构 |  | | | | | | 转往医疗机构 | |  | | 转诊单号 |  | | |
| **服务机构费用及报销明细** | | | | | | | | | | | | | | |
| 项目 | 服务机构费用（元） | | | | | | | | | | | | | |
| 实际住院医药费 | 床位费 | 护理费 | | 西药费 | 中药费 | 化验费 | | 诊疗费 | | 手术费 | 检查费 | 其他费用 | 合计（元） | |
| 报销范围内费用 | Amt1 | Amt2 | | Amt3 | Amt4 | Amt5 | | Amt6 | | Amt7 | Amt8 | Amt9 | AmtSum | |
| 报销范围内的药费中：甲类基本药物费用AmtJL元；乙类基本药物费用AmtYL元 | | | | | | | | | | 本年累计报销是否已达封顶线:否 | | | |
| 核算实际报销金额(元) | AmtHSXJBXJE | | | | | | | 自付金额(元) | | | AmtZFJE | | | |
| 核算实际报销金额(大写) | AmtDX | | | | | | | | | | 累计已报销金额(元) | | | AmtLJYBXJE |
| 核算报销机构 |  | | | 核算人 |  | | | 审核人(签字)  年 月 日 | | | | | | |
| 付款人(签字)  年 月 日 | | | | | | | | 领款人(签字)  年 月 日 | | | | | | |
| **以下内容由审核机构填写** | | | | | | | | | | | | | | |
| 审核机构 |  | | | 审核人(签字)  年 月 日 | | | | 审核机构负责人(签字)  年 月 日 | | | | 增减补偿金额(元) | | |
| 增减原因 |  | | | | | | | 审核同意给付金额(元) | | | |  | | |
| 审核同意给付金额（大写） |  | | | | | | | | | | | | | |