

附件 2

永州市_____医院分娩政策范围内费用 个人“零自付”评估表

姓名： 住院号： 所属科室：

入院诊断：

出院诊断：

一、入院时评估

1. 符合口 不符合口 生育住院医疗费用政策范围内费用
个人“零自付”包干支付政策。

评估医师签名： _____ 时间： _____

2. 选择支付方式： ☐ 包干支付 ☐ 不包干支付

孕产妇或家属签名： _____ 时间： _____

二、出院时评估

1. 符合口 不符合口 生育住院医疗费用政策范围内费用
个人“零自付”包干支付政策。

评估医师签名： _____ 时间： _____

2. 选择支付方式：

☐ 包干支付 ☐ 不包干支付 ☐ 按病种支付

孕产妇或家属签名： _____ 时间： _____