附件2：

广安市XX医院日间手术费用报销知情同意书

（参考文本）

编号:

经临床医师诊治,并经参保人： 身份证号: 同意办理日间手术登记手续,若因各种原因最终未办理实际住院登记手续,其日间手术院前门诊费用按门诊费用结算。特此告知参保人。

参保人签字: 经治医师签字:

年 月 日 年 月 日

代理人签字: 院医保办签字:

年 月 日 年 月 日

联系电话:

广安市XX医院日间手术费用报销知情同意书

（参考文本）

编号:

经临床医师诊治,并经参保人： 身份证号: 同意办理日间手术登记手续,若因各种原因最终未办理实际住院登记手续,其日间手术院前门诊费用按门诊费用结算。特此告知参保人。

参保人签字: 经治医师签字:

年 月 日 年 月 日

代理人签字: 院医保办签字:

年 月 日 年 月 日

联系电话: