

附件 3

“日间手术”病种医保结算申请表

医疗机构名称（盖章）：

填报人签字：

日间手术病种目录代码	日间手术病种名称	限定疾病诊断代码 (ICD-9-CM-3 编码 (国家临床版 3.0))	限定疾病诊断名称 (ICD-9-CM-3 名称 (国家临床版 3.0))
病种的规范性治疗依据	具体列出病种诊疗规范和临床路径（可附附件）		
价格测算依据	具体列出必须使用的药品、服务设施、诊疗项目明细及费用，使用 2017 年版价格项目规范名称及编码，费用进行合计（可附附件）		
上一年手术收费明细及治疗（手术）记录	1. (姓名 身份证 病案号 费用总计) 2. 3. 10. 后附对应 10 份收费明细和治疗（手术）记录		
县（市）卫生健康部门 审核意见		县（市）医疗保障部门 审核意见	
审核人（签字）： 单位（公章） 年 月 日		审核人（签字）： 单位（公章） 年 月 日	

注：1. 不同病种但规范性治疗依据与价格测算依据相同的，按照国临 2.0ICD-10、ICD-9-CM-3 国临

3.0 要求填报，可附一份审申请及附件；

2. 由医疗机构提供申请资料，卫生健康部门和医疗保障部门进行初审、复核；

3. 此表一式三份，医疗机构、卫生健康部门、医疗保障部门各留存一份，印证资料由医疗保障局留存。

