

附件 4

“日间手术”病种医保结算申请汇总表

填报单位（定点医疗机构盖章）：

序号	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	限定疾病诊断名称	科室
1					
2					
3					
4					
...					
...					

分管领导（签字）：

审核人（签字）：

填报人（签字）：