附件2

巴中市XX医院日间手术费用报销知情同意书

（参考）

编号:

经临床医师诊治,并经参保患者： 身份证号:

同意办理日间手术登记手续。日间手术住院前（原则上术前5天内）的门诊费用纳入住院医保支付。

参保患者（家属）签字: 与患者关系：

年 月 日

经治医师签字: 科室主任签字:

年 月 日 年 月 日

（患者或家属）联系电话