**珠海市住院患者参保身份核实表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医院名称 |  | | | | | |
| 参保人姓名 |  | 性别 | |  | 年龄 |  |
| 身份证（或社会保障卡）号码 | |  | | | | |
| 入院时间 |  | | | 联系电话 |  | |
| 参保地 | 🞎 珠海医保 🞎 异地医保 🞎 无参保 | | | | | |
| 参保类型 | 🞎职工医保 🞎居民医保 🞎未成年医保（大学生医保） | | | | | |
| **本人提供的上述身份资料属实，若提供虚假信息，愿承**  **担相应的经济、法律责任。**  本人（或其家属）签名： 日期： | | | | | | |
| 科室核实意见：  经核实，住院患者参保情况、以及提供的身份证或社会保障卡与实际相符。  核实人员签名：  日期： | | | 参保人因证件遗失无法核实本人信息或住院48小时仍未核实参保人身份，需经医院医保办或医务科核实。  医保办（或医务科）意见及盖章：  日期 ： | | | |

注：1、本核实表内容由医务人员据实填写并签字，出院后随病历装订保存；

2、参保人证件挂失回执和公安机关证明复印件、单位证明原件粘于此表背面。