附件 2

中卫市新型冠状病毒感染的肺炎疫情期间救治保障人员信息登记表

填报单位：（医疗机构）　　填报时间：2020 年　月　日

序号	姓名	身份证号	联系电话	发生费用			人员类别				备注
				发热门诊	疑似住院	确诊住院	本地	区内	外省	职工/居民	

填表人：　　联系电话：　　审批人：

填表说明：1.各医疗机构如实填报发热门诊患者人员信息和医疗费用。

2.未参保人员在备注栏中注明。

3.本表由各级医疗经办机构留存。