材料1：

泰安市基本医疗保险意外伤害住院备案表

<table>
<tr><td>姓　名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>年龄</td><td></td><td>手机号码</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">身份证号码</td><td colspan="2"></td><td>住院日期</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">收住医院</td><td colspan="3"></td><td>所住科室</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="8">受伤经过：

本人或亲属签字：
年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="8">病情摘要：

医保医师：　　科主任：
年　月　日　　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">医院医保办（科）意见</td><td colspan="6">医保办（科）主任：
（盖章）　　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">医保经办机构意见</td><td colspan="6">（盖章）　　年　月　日</td></tr>
</table>

注：1、本表一式3份，参保人员、经治定点医院、医保经办机构各1份。