基本医疗保险异地转诊转院申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | | |  | 出生年月 | |  | | 医疗保险号码 | |  |
| 单位 |  | | | | | 单位编号 | |  | | 联系人 | |  |
| 住院号 |  | | | 转诊医院 | | |  | | | | 电话 |  |
| 申办理由（病情摘要及诊断依据） | | | | | | | | | | | | |
| 经治医师意见：  签章：    年 月 日 | | | 经管科主任意见：  签章：    年 月 日 | | | | | | 患者（或家属）签名：  年 月 日 | | | |
| 医院医保部门意见：  签章：    年 月 日 | | | 单位意见：  签章：    年 月 日 | | | | | | 医疗保险机构审批意见：  签章：    年 月 日 | | | |

注：本审核表一式两份，由定点医疗机构和医疗保险机构各执一份。