朔州市基本医疗保险转外就医备案表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 医保编号 |  | 人员类别 | 职工□ 居民□ |
| 职工参保单位（居民参保社区、村） | 第一联医疗保险经办机构留存 |
| 转院诊断 |  | 科别 |  | 住院号 |  |
| 病情摘要及转诊原因 | 主治医师： 科室主任： 年 月 日 年 月 日 |
| 转诊备案定点医院意见 |  （盖章） 负责人：  年 月 日 |

朔州市基本医疗保险转外就医备案表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 医保编号 |  | 人员类别 | 职工□ 居民□ |
| 职工参保单位（居民参保社区、村） | 第二联参保人员留存 |
| 转院诊断 |  | 科别 |  | 住院号 |  |
| 病情摘要及转诊原因 | 主治医师： 科室主任： 年 月 日 年 月 日 |
| 转诊备案定点医院意见 |   （盖章） 负责人：  年 月 日 |

朔州市基本医疗保险转外就医备案表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 医保编号 |  | 人员类别 | 职工□ 居民□ |
| 职工参保单位（居民参保社区、村） | 第三联定点医疗机构留存 |
| 转院诊断 |  | 科别 |  | 住院号 |  |
| 病情摘要及转诊原因 | 主治医师： 科室主任： 年 月 日 年 月 日 |
| 转诊备案定点医院意见 |  （盖章） 负责人：  年 月 日 |