附件

省直医疗保险异地转诊转院审核备案表

单位名称：（章） 申报日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | | 身份证号 | | |  |
| 人员类别 | □在职 □退休 □建国前老工人 □1-4级工伤职工  □特字保健 □普通保健 □1-6级革命伤残军人□军休干部 | | | | | | | |
| 转诊类别 | □省内转诊； □转诊到省外 | | | | | | | |
| 单位联系人 |  | | | 电话 | |  | | |
| 转出医院 |  | | | 初步诊断 | | |  | |
| 拟转入医院 |  | | | | | | | |
| 转诊转院原因：  主管医师签字： 科主任签字： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 转出医院医保办审核意见（章）  负责人签字： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 受理日期： 年 月 日 省社保局编号： | | | | | | | | |

注：本表一式三份,经转出医院医保办审核盖章，省社保局受理备案后生效。