省直医疗保险异地转诊转院审核备案表

单位名称： 申报日期：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 | |  |
| 身份证号 |  | | | 手机号 | |  |
| 转诊类别 | □省内转诊；□转诊到省外 | | | | | |
| 单位经办人 |  | 电话 |  | | | |
| 转出医院 |  | 初步诊断 | | |  | |
| 拟转入地区 | 省（市、自治区） 市 | | | | | |
| 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（签章）  年 月 日 | | | | | | |

注：①本表一式三份,表格可从转出医院医保办或单位领取。

②驻济人员办理转诊转院，本表经转出医院医保办审核盖章，转出医院医保办将转诊信息录入系统并上传省社保局，不需再到省社保局备案。

③长期异地人员办理转诊转院的，经安置地转出医院医保办审核盖章后，将本表传真至省社保局0531-82920229备案。