|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 北京市基本医疗保险转外就医备案表 | | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 人员类别 |  |
| 身份证号码 |  | | | 工作单位 |  | | |
| 本市住址 |  | | | 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 本市转出定点医疗机构 | |  | | | | 转诊疾病诊断 |  |
| 转入异地定点医疗机构 | |  | | | | 级别 |  |
| 转入异地医院详细地址 | |  | | | | 邮编 |  |
| 联系电话 |  |
| 转诊原因及病情摘要(本市转出医院填写)： | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 医生签字: 年 月 日 患者签字： 年 月 日 | | | | | | | |
| 本市转出定点医院意见： | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |
|  | | | | 盖章 | | | |
| 定点医院经办人签字： | | | | 年 月 日 | | | |
| 区医保经办机构意见： | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 备案起止期限： 年 月 日至 年 月 日 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | 盖章 | | | |
| 区医保经办人签字: 年 月 日 | | | | | | | |
| 注：1、此表可在本市定点医疗机构领取。表单一式两份，区医保经办机构和参保人员各留存一份 。   2、人员类别栏填写“城镇职工（在职/退休）、城乡居民、超转人员”。  3、此表经本市转出定点医疗机构填写完整并盖章后，由参保人员或家属持此表到区医保经办部门办理备案手续。  4、转外就医原则上批准期限90天，特殊病情需延期治疗的，需重新办理转外就医备案手续。 | | | | | | | |
|
|
|