泰安市医疗保险急诊住院备案表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 险种 | | □职工医保  □居民医保 |
| 身份证号码 |  | | 联系电话（手机） |  | | |
| 社会保障卡卡号 |  | | 邮编 |  | | |
| 异地就医地址 | 省 市 县区 | | | | | |
| 异地就医医疗机构 | 医疗机构名称、级别 | | | | 是否联网定点 | |
|  | | | | □是□否 | |
| 异地就医  原因 | 年 月 日 因疾病急诊就医 | | | | | |
| 本人（被委托人）签名 |  | | | | | |
| 参保地医疗保险经办机构意见 | 年 月 日 | | | | | |

1.本表适用于参保人员每次发生市内、市外急诊住院时登记备案。

2.参保人员发生市内非定点医疗机构或市外异地急诊住院7日内办理登记备案，经办机构服务窗口办理备案时一并提交急诊住院证明，或者住院后7日内可通过泰安医保手机APP、传真、微信、电子邮件等方式办理登记备案。

3.本表一式二联：参保人员、医保经办机构各一份。