泰安市医疗保险转诊转院备案表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 险种 | □职工医保□居民医保 |
| 社会保障号码（或身份证号码） |  |
| 现住医院科别 |  | 住院号 |  |
| 建议转往医院 |  |
| 简要病历及转院理由：　科主任签字：　 年 月 日 |
| 医院医疗保险办公室(科)意见： | （盖章）年 月 日 |

1.本表适用于参保人员因病情需要转往泰安市市外住院、异地安置（居住、常驻工作）人员发生转诊转院的。

2.本表一式二份：参保人员、医院医疗保险办公室(科)各一份。