|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件一  枣庄市医疗保险转诊转院备案表 | | | | | | | |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  | | | | | | |
| 病情摘要及转诊理由：        接诊医师签字： | | | | | | | |
| 疾病诊断 | |  | | | | | |
| 建议转往医院 | |  | | | | | |
| 患者或者亲属签字：    年 月 日 | | | | 科主任意见：        年 月 日 | | | |
| 医疗机构意见（签章）：    年 月 日 | | | | 医疗保险经办机构意见（签章）：      年 月 日 | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件二  枣庄市医疗保险异地安置备案表 | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | | 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  | | | | | | | |
| 人员类别 | 职工：□ | | | | | 居民：□ | | |
| 单位名称 |  | | | | | | | |
| 异地定点医疗机构 | 1 |  | | | | | | |
| 2 |  | | | | | | |
| 本人或代办人员签字：          　年 月 日 | | | | 医疗保险经办机构意见（章）：          年 月 日 | | | | |