|  |
| --- |
| 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  |