

附件 2

海南省基本医疗保险参保人员转诊异地结算申请表

姓 名		性别		年龄	
身份证号码			联系电话		
工作单位					
转出医院					
转往医院					
转出理由					
主要症状 与诊断	主管医生签名:				
转出医院 科室意见	(负责人签名)		转出医院医保 部门意见	(签名、盖章)	
<p>温馨提示: 尊敬的参保人, 选择异地就医联网即时结算, 执行就医地医保目录, 与参保地的报销结果可能存在差异, 如您接受报销结果的差异, 请确认。</p> <p style="text-align: center;">患者(家属)签名确认:</p>					
基本医疗保险 经办机构意见	(盖章) 年 月 日				

备注: 本转诊表三个月有效, 期满后继续转外治疗的需持复印件续期; 住院登记时需出