|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件： |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **云南省基本医疗保险跨省异地就医备案表** |  |  |  |
| 患者姓名 |  | 身份证号 |  |  |  |  |
| 社会保障卡号 |  | 联系电话 |  |  |  |  |
| 参加险种 | Ο城镇职工基本医疗保险 |  Ο 城乡居民基本医疗保险 |  |  |  |
| 单位或住址 |  |  |  |  |
| 科别 |  | 住院号 |  |  |  |  |
| 目前主要症状和体征 |  |  |  |  |
| 诊断 |  |  |  |  |
| 建议转往医院 |  |  |  |  |
| 主治医师签章 |  | 科室主任签章 |  |  |  |  |
| 患者意见 |  |  |  |  |
| （签章） |  |  |  |
| 医院医保办（科）意见（盖章） |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 注：1.本表一式二份，转出医疗机构医保办（科）、参保人员各一份。 |  |  |  |
|  2.未经备案转院或非备案同意转往医院发生的医疗费用不予报销。 |  |  |  |
|  3.参加省属在昆高校大学生基本医疗保险的人员请在“参加险种”栏选择“城乡居民基本医疗保险”。 |  |  |  |
|  |  |  |
|  4.本备案表仅限一次跨省异地住院。 |  |  |  |  |  |  |