附件1

电话传真申办异地就医备案登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **备案类型** | **受理日期** | **姓名** | **身份证号** | **人员类别** | **联系电话** | **经办人** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |

附件2

南通市医疗保险参保人员长居异地就医申请表

**1.长居外地编号：**

**2.签约社区编号：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号码 | |  | | |
| 是否返还账户（限职工） | □是 □否 | 账户返还途径 | | □邮寄 □打卡 | | |
| 单位名称 |  | | | 联系电话 | |  |
| 异地邮编 |  | | 异地  住址 |  | | |
| 居外地区 | 省（市、区） 地区（市、州） 县（区） | | | | | |
| 异地签约社区卫生服务中心 |  | | | | | |
| 备注 |  | | | | | |
| 备案意见：  参保地经办机构盖章  年 月 日 | | | | | 温馨提示  参保人员办理异地就医备案手续后，应在居住地异地就医联网结算的定点医疗机构就医，按规定可以刷卡结算的医疗费用，应持本人社会保障卡,直接刷卡结算，按规定享受医保待遇，异地就医须知详见附件。  经办人签字确认：  年 月 日 | |

附件3

南通市医疗保险参保人员转院申请表

**申请编号：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 住院号 |  |
| 申请医院 |  | | | 身份证号 |  | | |
| 参保单位 |  | | | | | 联系电话 |  |
| 疾病诊断 |  | | | | | | |
| 转往地区 |  | | | | | | |
| 转院理由 |  | | | | | | |
| 经治医  生签名 |  | | 主任  签名 |  | | 患者（家属）签名 |  |
| 定点医院意见 | 年 月 日 | | | | | | |
| 《转院就诊报销须知》当面告知并交给我，现已知悉（如为代办人，负责转交患者本人）。  签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 与参保人员关系：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  年 月 日 | | | | | | | |