

济宁市基本医疗保险转诊转院备案表

姓 名		性 别		年 龄		人员类别	<input type="checkbox"/> 在职职工 <input type="checkbox"/> 退休职工 <input type="checkbox"/> 离休人员 <input type="checkbox"/> 居民
单位或 居住地				身份证号码			
诊治医院				诊 治 科 室			联 系 电 话
基本病情及转诊理由： <div style="text-align: right; margin-top: 100px;"> 主治医师： 年 月 日 </div>							
建议转往医院：							
科主任签字：				医院医保办意见（章）：			
年 月 日				经办人签字： 年 月 日			

注： 1、本表一式两份，参保人员、转出医院各一份；

2、参保人需及时通过电话、传真、电子邮箱、服务窗口等方式向参保地医保经办机构办理联网备案。