基本医疗保险参保人员转外就医备案表

备案编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | XXXX | 社会保障号码（身份证号码） | XXXX | 联系电话 | XXXX |
| 疾病诊断 | XXXX |
| 转诊时间 | XXXX |
| 转往省（市、区） | XXXX | 地区（市、州） | XXXX | 县（区） | XXXX |
| 定点医疗机构意见 |  （盖章） XXXX 年XXXX 月 XXXX 日 |
|  |  |

**填表须知：**

1、此表须由市区三级及相应的定点医疗机构开具。长住外地的参保人员可由当地医保定点的三级及以上定点医疗机构开具。

2、参保人员办理转外登记备案后，应在一个月内尽快到就诊医院就医。

3、转外与跨省异地就医备案后，在跨省异地定点医疗机构就诊应刷社会保障卡按规定结算。