

附件 4

济宁市基本医疗保险门诊慢特病及 药品单独支付病种市内转诊就医审批表

| | | | | | | | | |
|---------------------|---|---------------------|----------------------------|----------------------------|------|-----------------------------|-----------------------------|---------------|
| 姓名 | | 性别 | <input type="checkbox"/> 男 | <input type="checkbox"/> 女 | 参保类别 | <input type="checkbox"/> 职工 | <input type="checkbox"/> 居民 | |
| 身份证号码 | | | | | | | | |
| 参保单位(村居、学校) | | | | | | | | |
| 现居住地址 | | | | | | | | |
| 联系电话 | | | | | | | | |
| 门诊慢特病 (药品单独支付)病种 | | | | | | | | |
| 原定点医院 | | | | | | | | |
| 拟变更定点医院 | | | | | | | | |
| 变更医院理由 (二选一) | <input type="checkbox"/> 长期在参保 地以外居住 | 单位或现居住地 社区(街道)意见 | 意见: 办理人(签名): | | | | | (盖章) 年 月 日 |
| | <input type="checkbox"/> 参保地医院 无法治疗的 疑难病症 | 参保地二级以上 定点医院意见 | 意见: 办理人(签名): | | | | | (盖章) 年 月 日 |
| 参保地医疗保险经办机构意见: | | | | | | | | |
| | | | | | | | (盖章) 年 月 日 | |

备注:

- 1.拟变更定点医院是指济宁市行政区域内参保地以外的定点医院。
- 2.选择定点医院后,原则上一个年度内不得变更。
- 3.本表一式三份,参保人员、定点医院、参保地医疗保险经办机构各一份。