附件4

甘肃省省直参保人员医疗保险转外就医申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 |  | 性别 | |  | 人员类别 |  | 住院号 |  |
| 所在单位 |  | | | | 身份证号码 |  | | |
| 转出医院 |  | | | | 拟转入医院 |  | | |
| 患者（代理人）签名 |  | | 联系电话 | |  | | 日期 |  |
| 疾病诊断 |  | | | | | | | |
| 诊疗情况 |  | | | | | | | |
| 转院理由 |  | | | | | | | |
| 科主任意见 | 盖章（签名） | | | | | | | |
| 转出医院医保科（处）  意见 | 盖章（签名） | | | | | | | |
| 分管院领导意见 | 盖章（签名） | | | | | | | |