转外就医证明

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **出生日期** |  | 第一联 经办单位留存 |
| **参保类别** | **职工医保 □ 居民医保 □** |
| **身份证号** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **单位名称** |  | **联系电话** |  |
| **转出医院** |  | **转入城市** |  |
| **临床诊断** |  |
| **病情摘要** | **经治医生： 科室意见： 年 月 日** |
| **医****院****医****保****办****意****见** | **（医保办盖章）** **经办人 ： 负责人： 年 月 日** |

**-**

**注：转外手续当次有效；本次转外在90天内住院有效。**

转外就医证明

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **出生日期** |  | 第二联 参保人员留存 |
| **参保类别** | **职工医保 □ 居民医保 □** |
| **身份证号** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **单位名称** |  | **联系电话** |  |
| **转出医院** |  | **转入城市** |  |
| **临床诊断** |  |
| **病情摘要** | **经治医生： 科室意见： 年 月 日** |
| **医****院****医****保****办****意****见** | **（医保办盖章）** **经办人 ： 负责人： 年 月 日** |

**-**

**注：转外手续当次有效；本次转外在90天内住院有效。**