附件3

**梅州市基本医疗保险市外转诊申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人姓名 |  | 身份证号码 |  | 联系电话 |  | 险种 | 1.职工医保□2.居民医保□ |
| 亲属姓名 |  | 身份证号码 |  | 与参保人关系 |  |
| 转出医院及科室 |  | 转入医院名称 |  |
| 预计市外就医时间 | 年 月 日 至 年 月 日  |  |
| 病情摘要：转诊原因： 主治医师签名： 科主任签名： 年 月 日  |
| 参保人（或亲属）意见： 签名： 年 月 日 | 转出医院医务科意见：签名： （盖章） 年 月 日 | 医保经办机构意见： 签名： （盖章） 年 月 日 |

注：1、此表仅限参保人转出梅州市范围外就医时使用，需在梅州市二级（含二级）定点医疗机构办理；如已办理异地就医备案人员转出备案地范围外就医时使用，需由备案地定点医疗机构填写。

 2、转出医院医务科出具意见后，参保人应及时将此表送交参保地医保中心审核。否则，会影响费用的结算报销。

 3、市外就医时间最长为60天，特殊情况超过60天的，须提供住院病情简介，向参保地医保中心申请延期。

 4、转入异地联网结算医院就医的，参保人应告知转入医院已办理转诊手续。

 5、急危重病人可先行转诊，但应在5个工作日内补办转诊手续。

6、此表一式二份，医保中心、参保人各一份。