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 | □男 □女 | | 参保类别 | □职工 □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） | | □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:  （盖章）  办理人（签名）: 年 月 日 | | |
| □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:  （盖章）  办理人（签名）: 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。