南京市基本医疗保险转外就医备案表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  |
| 参保类别 | 职工医保□　　 　城乡居民医保□ | | | | |
| 参保地社保号码 |  | 身份证  号码 |  | | |
| 单位名称 |  | | | 联系电话 |  |
| 转出医院 |  |  | | |  |
| 转出开始时间 |  |  | 转出结束  时间 |  |  |
| 转入地区 | 省 市 | | | | |
| 临床诊断和病情摘要：  医师签章：年 月 日 | | | | | |
| 医院意见：  医保办签章： | |  | 年 月 日 | | |

**……………………………………………………………………(可撕)**

**回 执**

先生、女士（社保卡号：）

您转外就医申请已收悉，鉴于您的病情和医院专家意见，同意您去省市就诊。现就相关情况告知如下：

1、转外就医备案后您可以在当地所有联网资质医院直接刷卡结算；

2、转外就诊周期为1年，周期结束后参保人因病情需延期或调整转诊信息的，可凭异地医院诊断证明、出院小结等医疗文件到原备案的经办柜台办理延期或变更。

3、请妥善保存本《回执》，因各类原因未在就医地定点医院刷卡就医垫付的自费费用，可按规定回宁申请零星报销。

祝您早日康复，生活愉快！