

转 院 申 请 表

患者姓名		性别		年龄		住院号	
申请医院				身份证号码			
工作单位						联系电话	
疾病诊断							
转往医院							
转院理由							
经治医生签名		科主任签名			患者(家属)签名		
定点医院意见	年 月 日			医保中心意见	年 月 日		

- 注：1、此表作为医疗费用报销的重要凭证。
- 2、经批准转外地就诊者，个人先自付10%的费用，其余部分按规定报销。
- 3、门诊报销提供门诊发票、病历、医保卡、病人及经办人身份证。住院报销提供门诊病历、住院发票、出院小结、费用清单、医保卡、病人及经办人身份证。
- 4、结报时间为每月25日前（节假日除外）。