

附件1

青岛市基本医疗保险异地转诊资格审批表

姓名		性别		出生年月	
工作单位				个人编号	
转出医院			拟转入医院		
病历摘要及转诊理由:					
主治医师签名:					
科主任意见:					
院医保办审核意见:			主管院长签名:		
(公章)					
审核人签名: 年 月 日					
医疗保险经办机构审核意见:					
(公章)					
审核人签名:			年 月 日		

注：本表一式三份，医保经办机构、转出医院、病人各持一份。

附件2

青岛市基本医疗保险 未转诊异地医疗费报销资格审批表

个人编号：

姓 名		性 别		出生年月		身 份	
工作单位							
医疗费		治疗时间			申请报销日		
					期		
出院诊断			就诊医院				
病情摘要及未转诊原因：							
业务负责人意见							
年 月 日							

