云南省异地就医登记备案表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | | 险种 | | □城镇职工  □城乡居民 | | |
| 人员类别 | □异地安置退休人员  □异地长期居住人员  □常驻异地工作人员  □异地转诊人员 | | 登记类别 | | | | □新增  □变更  □取消备案  □省内 □省外 | | |
| 身份证号码 |  | | 社会保障卡 卡号 | | | |  | | |
| 参保地  家庭住址 |  | | 异地联系 地址 | | | |  | | |
| 联系电话1 |  | | 联系电话2 | | | |  | | |
| 转往省  (市、区) |  | | 地区  (市、州) | | | |  | | |
| 就医地医疗机构 | 医疗机构名称 | | | | | 医疗机构级别 | | | 医疗 类别 |
|  | | | | |  | | | 住院 |
|  | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | | 慢特病门诊 |
|  | | | | |  | | |
| 备 注 | 参保人所就诊医院须为联网定点医疗机构。 | | | | | | | | |
| 单位经办人 （本人）签名 |  | | | 经办日期 | | | |  | |

经办机构： 经办人： 经办日期