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