**四川省省本级医疗保险参保人员异地就医定点医院申报表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  | 医保卡号 |  | |
| 所在单位 | |  | | | | 单位编号 |  | |
| 异地就医原因 | |  | | 居住地址 |  | | 人员状况 |  |
| 定 点 医 院 名 称 | | | | | | 等 级 | 备 注 | |
|  |  | | | | |  |  | |
|  |  | | | | |  |  | |
|  |  | | | | |  |  | |
| 当地劳动保障部门  医疗保险部门盖公章          年  月  日 | | | | 单位意见            年  月  日 | | 省医保中心审核            年  月  日 | | |