**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 |