|  |
| --- |
| 附件  备案编号：  |
|  |  湖北省省内异地就医登记备案表 |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 人员类别 | 1. 职工医保2.城乡居民医保3、离休

4、伤残军人 |
| 异地就医类别 | 1. 异地转诊□ 2、异地居住□

3、异地急诊□ 4、异地工作□ | 登记类别 | 1.新增□2.变更□ |
| 身份证号（社会保障号码） |  | 社会保障卡卡号(可选） |  |
| 参保地  家庭住址 |  | 异地联系地址 |  |
| 联系电话1 |  | 联系电话2 |  |
| 转往地区(市、州) |  | 县（区） |  |
| 医疗机构 | 医疗机构名称 | 医疗机构级别 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 本人（被委托人）签名 |  | 填表日期 |  |
| 经办机构： 联系电话: 经办人: 经办日期: |

备注：1、本表用于参加湖北省基本医疗保险人员省内异地就医备案。

1. 湖北省异地就医系统中录入的备案信息，为参保人员异地就医的有效依据。

3、本表一式两份，参保地医疗保险经办机构、参保人员各保存一份。