|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。