|  |
| --- |
| 附件**2****青岛市基本医疗保险门诊统筹转诊单**日期 ： 年 月 日 |
| 姓名 |  | 身份证号码 |  | 性别 | □男□女 |
| 联系电话 |  | 人员类别 | 职工（□在职 □退休） |
| 转诊时间 | 年 月 日 — 年 月 日 |
| 病情描述：转诊意见：医保医师签字：签约医疗机构盖章：  年 月 日重要提示：1.确因病情需要，经签约医疗机构同意后转诊。参保患者在就医医疗机构发生的合规门诊医疗费用，按照其相应的起付标准和报销比例联网结算。2.转诊有效期为7天。 |