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