长沙市基本医疗保险异地转诊转治申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性 别 年龄 |  | 年 龄 |  | 身份证号码 |  |
| 联系地址或工作单位 | |  | | | | | |
| 现就诊医院 | |  | | | 转往医院 | |  |
| 诊断及诊断依据  （就诊医院填写） | |  | | | | | 主管医生签字  年 月 日 |
| 转诊理由  （就诊医院填写） | |  | | | | | 年 月 日 |
| 转诊确认医院  医保部门意见 | |  | | | | | 盖 章  年 月 日 |
| 备  注 | 1、 办理好转诊转治手续后，参保人员将身份证、《长沙市基本医疗保险异地转诊转治申请表》，通过“智慧人社APP”线上传输或发送到QQ邮箱：1793641893@qq.com，进行登记备案，便可异地直接结算。  2、 未办理登记备案的参保人员，出院后持以下资料到医保关系所在的经办机构申请医疗 费用报销：医院收费票据、住院费用清单、诊断证明（均需加盖医院公章）、有效身份证 件或社会保障卡、《长沙市基本医疗保险异地转诊转治申请表》；  3、 资料受理时间为每个工作日。 | | | | | | |