附件3

**江门市职工生育保险市内转院（诊）审核表**

医疗机构名称： 科别： 申请日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身份证号码（个人参保号） |  | 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 单位名称 |  | 联系电话 |  |
| 临床诊断： |
| 拟转诊医院： |
| 病情摘要： 转院（诊）理由： 医师签名： 年 月 日  |
| 副主任以上医师或科主任意见：签名： 年 月 日 | 医务科意见：（医务科盖章） 年 月 日 |
| **以下由医保经办机构填写** |
| 办理意见 | （办理机构盖章） |
| 办理编号 |  | 办理时间 |  |
| 经办人 |  | 复核人 |  |

说明：1.此表用于转院（诊）备案、转院（诊）审核及结算凭证。

2.急危重病人可以先转院（诊），5个工作日内必须报医保经办机构备案。

3.此表格一次住院或门诊有效。

4.本表一式一份，规格为A4纸，请填写后打印，或用黑色水笔，中文正楷填写。