

附件 3

河南省基本医疗保险转诊转院申请表

姓 名		性别		参保类别	1. 职工医保（离休） ☐ 2. 城乡居民医保 ☐
身份证号				联系电话	
转出医疗机构					
转往医疗机构/就医地					
疾病初步诊断结果					
病历摘要及转诊原因：					
医生签字（限主治医师及以上）： 年 月 日					
异地转诊人员报销比例可低于参保地相同级别医疗机构报销水平，原则上异地转诊支付比例的降幅不超过 10 个百分点，本人已经知晓相关政策。					
患方知情同意签字： 年 月 日					
转出定点医院医保办意见：					
签章：					
转出时间： 年 月 日					
联系电话：					

(一式两份, 申办人和经办部门各留一份)