

附件 2

## 甘肃省省直机关事业单位 职工医疗保险参保人员转外就医申请表

患者姓名		性别		人员类别		住院号	
所在单位				社会保障号码			
转出医院				拟转入医院			
患者（代理人） 签名				联系电话			
疾病诊断							
诊疗情况							
转院理由							
科主任意见							(盖章) 签名:
转出医院 医保科(处) 意见							(盖章) 科(处)长签名:
分管院领导意见							(盖章) 签名: