新型农村合作医疗跨省就医联网结报转诊单

地区:   
转诊单号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | | 性别 | |  | | 出生年月 | |  | |
| 患者联系人 | | |  | | | | 患者联系电话 | | |  | | |
| 身份证号 | | |  | | | | 合作医疗证号或居民健康卡号 | | |  | | |
| 银行卡号 | | |  | | | | 开户行名称 | | |  | | |
| 参合区（县）地区名称 | | | | |  | | | | | | | |
| 转诊申请说明 | | | | | | | | | | | | |
| 申请时间 | | |  | | | | | | | | | |
| 建议转入医疗机构 | | | |  | | | | 转出机构 | |  | | |
| 转出机构转诊情况说明 | | | | | | | | | | | | |
| 疾病名称 | | | |  | | | | | | 申请时间 | |  |
| 机构联系人 | |  | | 机构联系方式 | |  | | | | 机构联系邮箱 | |  |
| 审核机构情况 | | | | | | | | | | | | |
| 统筹地区转外就医管理部门（单位）审核意见：                            签章  审核人姓名  审核时间 | | | | | | | | | | | | |
| 转入医疗机构核查情况 | | | | | | | | | | | | |
| 请医疗机构认真核查身份证、合作医疗证与患者身份一致后签字确认签字                     医疗机构部门盖章                                            日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注1：纸质转诊单编号格式：1至6位是统筹地区代码，7至14位日期，15至20位是顺序码。   
注2：电子转诊单可采集患者银行账号信息，以便通过转账方式发放补偿相关资金。