

表一：

重庆市跨省异地就医登记备案表 (手工报销)

| | | | | | |
|--------------------|--|-------------|-------------|--------------|--------------------|
| 姓 名 | | 性 别 | | 险 种 | 1.职工医保 2.城乡居民医保 |
| 人员类别 | 1.异地安置退休人员 2.异地长期居住人员 3.常驻异地工作人员 4.异地转诊人员 5.异地临时住院就医人员 | | 登记类别 | 1.新增 2.变更 | |
| 社会保障号码 (即身份证号码) | | | 社会保障卡 卡号 | | |
| 参保地 家庭住址 | | | 异地联系地 址 | | |
| 联系电话 1 | | | 联系电话 2 | | |
| 转往省 (市、区) | | 地区 (市、州) | | 县(区) | |
| 医 疗 机 构 | 医疗机构名称 (盖章) | | | 医疗机构级别 | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 异地经办机构意见 (盖章) | | | | | |
| 本人 (被委托人) 签名 | | | | 填表日期 | |

经办机构:

经办人:

经办日期: