**江油市居民基本医疗保险异地就医申报表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  |
| 联系电话 |  | 身份证号码 |  |
| 居住地址 |  | 邮政编码 |  |
| 居住地社区或派出所意见 |  （章）经办人： 电话： 年 月 日（注：此项需由居住地社区或派出所证明参保人属辖区常住居民，若能提供居住地户籍、暂住证或房产证明，此项可不填） |
| 定 点 医 院（以下部分由医院填写） |
| 医院名称（章） |  | 医院名称（章） |  |
| 医院级别 |  | 医院级别 |  |
| 联系电话 |  | 联系电话 |  |
| 居住地社保部门意见 |  （章）经办人： 电话： 年 月 日 |
| 江油市医疗保险管理局意见 | 经办人： （章）  备案时间： 年 月 日 |

注：此表为长期居住外地的居民使用、一式两份，江油市医疗保险管理局保留一份，参保居民本人保留一份。参保居民可以在居住地选择两家医院申报为自己的定点医院，申报的定点医疗必须是国有公立医疗机构并属当地社保定点单位。