

天津市基本医疗保险异地居住就医人员登记表

姓 名		公民身份号码	
参保类别	职工 () 居民 ()	性别	年龄
参保单位			
异地居住地址	省	市	县 街道
联系电话			
异地安置 () 长期异地居住 () 单位长期外派 () 农民工 () 就业创业 ()			
选择医疗机构			
医院一	医院全称:		
	医院等级:	联系人 (非必填):	
	联系电话 (非必填):		
医院二	医院全称:		
	医院等级:	联系人 (非必填):	
	联系电话 (非必填):		
医院三	医院全称:		
	医院等级:	联系人 (非必填):	
	联系电话 (非必填):		
医院四	医院全称:		
	医院等级:	联系人 (非必填):	
	联系电话 (非必填):		
上述信息属实	参保地医保经办机构		
参保人 签字	(章)		
年 月 日	年 月 日		

第一联 参保地医保经办机构留存

注: 本表一式两联, 参保地医保经办机构和参保人员各留一联。

- 1、此表用于异地安置、异地长期居住、长期驻外工作等参保人员在异地医疗机构就医垫付医疗费用的登记
- 2、医院全称、医院级别等信息需填写准确。
- 3、参保地医保经办机构需盖章确认后生效。
- 4、此表不需要医院以及居住地经办机构盖章。
- 5、全国部分医院信息可通过网站查询, 网址: <http://si.12333.gov.cn>