**石家庄市城乡居民基本医疗保险**

**居 民 转 院 介 绍 信**

**＿＿＿＿＿＿医院医保科：**

**兹介绍我市参保居民 姓名 性别 年龄 前往贵院就医，请在办理住院时协助核实身份，出院时在回执单上填写有关内容加盖住院处和医保科章，并提供报销所需资料。**

 **谢谢贵院合作！**

**石家庄市医疗保险管理中心城乡居民医疗审核科**

 **年 月 日**

………………………………………………………………….

|  |
| --- |
|  **贴社会保障卡、户口页或****身份证复印件处** |

**回 执**

**石家庄市医疗保险管理中心城乡居民医疗审核科：**

**患者＿＿ 于＿年＿月＿日至＿＿年＿月＿日在我院治疗，住院费用合计 ＿＿ 元。**

**住院处（盖章） 医保科（盖章）**

 **年 月 日**

**转院须知：1、门诊票据不予报销 。2、诊治终结后六个月内，凭以下材料申请**

**报销：（1）、正规机打住院收据（2）、住院费用分类汇总明细（3）、完整住院病历复印件（含首页、首程、医嘱、出院小结、手术记录、特殊治疗记录单等）（4）、诊断证明书原件（盖诊断证明专用章）（5）、转院审批表原件。3、报销材料概不退还，敬请提前留存。**