附件：

# 北塔区农村贫困人口住院转诊审批表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号 |  | 病 种 |  |
| 家庭住址 |  乡（镇、街道） 村（社区） 组 号  |
| 户主姓名 |  | 医保证号 |
| 现住医院治疗情况 |
| 现住医院意见 | 单位（公章） 负责人（签名） 年 月 日  |
| 区城乡居民医保中心意见 |  （盖章）  |

说明：此表一式两份，现住医院和区城乡居民医保中心各一份。