|  |
| --- |
| 附件：南昌市高校大学生居民医保转诊（异地）申请表 |
|  |  |  |  |  |  编号： |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 联系电话 |  |
| 社保卡号 |  | 身份证号 |  |
| 所在学校 | 东华理工大学 |
| 转诊医院 |  | 转诊日期 |  |
| 申办理由 | 疾病名称 |  |
| 主要病情 |  |
| 诊断机构 |  |
| 转诊理由 |  |
| 学校意见 |  盖 章 | 经办人签字 |  年 月 日 |
|
|  年 月 日 |
| 医保经办机构审批意见 |  盖 章 |
|
|  年 月 日 |
| 备注：编号、学校意见、经办人签字、医保经办机构审批意见学生无需填写。 |
|