浙江省省级单位医疗保险外地就医备案表

姓名		社会保障号	
医疗人员类别		参保单位	
备案就医地		外地居住地址	
备案编号		拟离杭时间段	

省级医疗保险服务中心审批意见：

已备案，费用按规定回中心报销。必要时请提供当地医保定点医疗机构资质的确认表。
（见下联系单）

医疗服务科

年　月　日

联系单

当地医保定点医疗机构：

兹有浙江省医保的参保人员前来贵医院就医，根据浙人社发[2016]113号文件精神，该参保人员可以在居住地选择当地医疗保险定点的医疗机构就医。现因无法得知贵院上述信息，特请贵方在本回执中予以填写确认。致！

浙江省医保中心

（回　　执）

当地医保定点的医疗机构确认表

当地医保定点的医疗机构	医疗机构名称（盖章）		医院等级	
	医疗机构名称（盖章）		医院等级	
	医疗机构名称（盖章）		医院等级	
	医疗机构名称（盖章）		医院等级	
	医疗机构名称（盖章）		医院等级	
	医疗机构名称（盖章）		医院等级	