**南昌市生育保险异地就医审批表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保职工姓名 | |  | 性别 |  | | 身份证号 |  |
| 配偶姓名 | |  | 性别 |  | | 身份证号 |  |
| 导师地就医原因 | | 1、常驻外地工作 2、家住外地 | | | | | |
| 参保单位盖章 | 经办人：  联系电话  年 月 日 | | | | 导师地就医医院盖章 | 经办人：  联系电话：  年 月 日 | |
| 异地经办机构盖章 | 职工所选医院为我市（县、区）（三级、二级、一级）定点医院。  经办人： 联系电话：  年 月 日 | | | | | | |
| 南昌市医保处生育科审核意见 | 初审人： 审核人：  复核人： 单位盖章：  年 月 日 | | | | | | |

备注：

职工必须在异地生育保险（或医疗保险）定点医院范围之内选择自己的就医医院，注明医院级别，并由异地生育保险（或医疗保险）经办机构确认。