附件：

**北京市公费医疗享受人员异地就医审批单**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 工号 |  | 姓名 | |  | 性别 |  | 年龄 | |  |
| 所在单位 |  | | | | 人员类别 |  | | | |
| 本市住址 |  | | | | 联系人 |  | | | |
| 居外通讯地址 |  | | | | 联系电话 |  | | | |
| 异地定点医院 | | | 医院级别 | | 地址 | | | 邮编 | |
|  | | |  | |  | | |  | |
| 异地定点医院意见：  盖章  经办人签字： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 本人申请：  年 月 日 至 年 月 日  盖章  本人签字： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 公费医疗办公室意见：    批准期限： 年 月 日 至 年 月 日  盖章  经办人签字： 年 月 日 | | | | | | | | | |

注：1、此表由本人选择异地定点医院盖章后，到公费医疗报销办公室办理审批备案。

2、“人员类别”栏，填写“离休、退休”

3、异地备案期限最短三个月，最长一年。

4、此表一式二份，公费医疗办公室、个人各一份。每次报销需附此表复印件，异地就医时限结束后，连同最后一次报销材料及本表原件一并交回。