**附件2:**

**北京市公费医疗享受人员异地就医审批表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 人员类别 |  |
| 所在单位 |  | 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 本市住址 |  | 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 居外通讯地址 |  | 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 本市合同医院 |  |
| 异地定点医院（盖章） | 医院级别 | 地址 | 邮编 |
|  |  |  |  |
| 异地医保部门意见：盖章  经办人签字： 年 月 日 |
| 本人申请： 盖章本人签字： 单位签字： 年 月 日 |
| 代管（合同）医院意见： 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一家医院，由当地医保部门盖章后，所在院系（部）签字盖章并到校医院办理审批备案。

2、“人员类别”栏，填写“在职、离休、退休”。

3、此表一式三份，北京市医保、校医院、个人各一份。