**北京市医疗保险转诊单**

姓 名 性 别 年 龄 科 别 公民身份号码

诊 断 转诊类别：1－转诊；2－中途转院

转入医院名称：

转诊转院原因：

转诊期限： 年 月 日至 年 月 日

医生签字：

定点医疗机构盖章：

注：1.一式两份，一份转出医院留存，一份交个人。

2.转诊类别包括1－转诊，2－中途转院，选择打“√”，中途转院由个人交转往医院。

北京市医保中心监制

**北京市医疗保险转诊单**

姓 名 性 别 年 龄 科 别 公民身份号码

诊 断 转诊类别：1－转诊；2－中途转院

转入医院名称：

转诊转院原因：

转诊期限： 年 月 日至 年 月 日

医生签字：

定点医疗机构盖章：

注：1.一式两份，一份转出医院留存，一份交个人。

2.转诊类别包括1－转诊，2－中途转院，选择打“√”，中途转院由个人交转往医院。

北京市医保中心监制