**附件5**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **北京市公费医疗享受人员异地就医审批单** | | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 人员类别 |  |
| 所在单位 | 中国石油大学（北京） | | | 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 | | 北京大学第三医院 | | | | | |
| 异地定点医院 | | | 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： | | | | | | | |
| （单位盖章） | | | | | | | |
| 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医保部门盖章后，打印1份，本人签字后交至校医院公疗办。 | | | | | | | |
| 1. “人员类别”栏，填写“离休”、“退休”、“学生”。 2. 在“本人申请”里注明异地就医时间范围（年月日--年月日）。 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |