异地工作证明

（适用单位业务端办理）

姓名 ，身份证号码 ，该人员为我单位在职职工，现被派驻 省 市长期工作。为方便其异地就医，申请办理医疗保险异地备案，备案医院为 。

注：1、该证明适用单位为其长期在异地工作的在职人员办理医疗保险异地备案；2、请下载并按内容填写；3、该备案自生效之日六个月内不得更换或注销；4、异地住院定点医疗机构范围为备案地统筹区内所有可联网结算医疗机构；5、以上所填写备案医院为该参保人异地门诊定点医疗机构。

单位公章：

单位经办人：

联系电话：

年 月 日