异地工作证明

（适用于在职人员）

姓名 ，身份证号： ，该人员为我单位的在职职工，现因 （原因）被派往 省 市长期工作。为方便其异地就医，申请办理医院保险异地备案，备案医院为

。

注：1、该证明适用于长期在异地工作的在职人员办理医疗保险异地备案。2、请下载并填写后，拍照或扫描上传。3、该备案自管理单位系统提交之日起生效，自备案生效之日起六个月后可申请办理撤销或变更。

单位公章：

单位经办人：

联系电话：

年 月 日