门诊特定病种就医医疗机构定点表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 身份证号码 |  | | 联系电话 |  |
| 代办人姓名 |  | 身份证号码 |  | |  |
| 门诊特定病种名称 |  | | | | | |
| 选择就医医疗机构名称 |  | | | | | |
| 本人同意选择该医疗机构为本人该门诊特定病种定点就医医疗机构 | | | | | | |
| 本人（代办人）签名： |  | | | 办理日期 |  | |

经办机构: 经办人: 经办时间:

备注:此表一式两份，参保人、认定机构各存一份。