# 附件 7 陇南市城镇职工基本医疗保险

特殊疾病门诊定点医药机构变更申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 | 名 |  | | 性 别 | |  | | | | 年 龄 | |  | | 人员类别 | □在职 | □退休 | |
| 所属县区（单位） | |  | 县（区） | | 镇（街道） | | | | | |  | | 社区（单位名称： | |  | ） | |
| 身份证号 | |  | | | | | | | | | | 社会保障卡号 | |  | | | |
| 已审批病种 | | 1 | |  | | | | | | | | 2 | |  | | | |
| 待遇支付期限 | | 年 | 月 | 日至 |  | | 年 |  | 月 | | 日 | |  | |  |  | |
| 现就诊定点医疗机构医保办或药店 意见 | |  | 盖章年 | | 月 | |  | 日 |  | 变更就诊医疗机构医保办或药店意见 | | | |  | 盖章年 | 月 | 日 |
| 市、县（区）医保经办机构意见 | | 盖章（签字） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |