附件3：

|  |
| --- |
| **黔南州医疗保险门诊特殊疾病定点医疗机构变更申请表** |
| 参保县(市）： 编码：  |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |  | 联系地址 |  |
| 门诊特殊疾病种 | **1** |
| **2** |
| 原定点医疗机构名称 | **1** |
| **2** |
| **3** |
| 新定点医疗机构名称 | **1** |
| **2** |
| **3** |
| 变更理由： |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 申请人签名： |  年 月 日 |
| 医保管理部门意见： |  |  |   |  |
|  |  |  |  |  |   |  | （公 章） |
|  |  |  |  | 签名： |  年 月 日 |
| 备注： 一、长期在州外异地居住的参保人员，异地居住就医备案登记信息有变化应先变更后，方可变更门诊特殊疾病定点医疗机构。二、参保人员应将原定点医疗机构所产生的门诊特殊疾病费用结算清楚后，方可申请变更门诊特殊疾病定点医疗机构。 |
|  |  |  |  |  |   |