|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2：  **黔南州医疗保险“两病”门诊用药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 |  | | |
| “两病”门诊用药病种 | **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“两病”门诊用药定点医疗机构。二、参保人员应将原定点医疗机构所产生的“两病”门诊用药费用结算完成后，方可申请变更“两病”门诊用药定点医疗机构定点医疗机构。三、原则上定点医疗机构一年内只能变更一次，在未备案的医药机构产生的药品费用不享受“两病”专项待遇。 | | | | | | | | |