**附件1：**

**佛山市门诊特定病种选定医疗机构变更申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 |  |
| 证件号码 | |  | 电话 |  |
| 选定医疗机构变更情况 | | | | |
| 序号 | 原选定医疗机构名称 | | 现选定医疗机构名称 | |
| 1 |  | |  | |
| 2 |  | |  | |
| 申请人或代办人： 申请日期： | | | | |
| 以下内容由社保机构或驻院医管办填写 | | | | |
| 受理意见：  □ 同意 □ 不同意 □其他  经办人： 经办日期： | | | | |

备注：该业务属于一级经办，即时办结后出具一式两联确认单，一联交参保人签名确认，一联交由社保经办机构（驻点医管办受理的由定点医疗机构所属社保机构）连同本申请表一并归档。