**附件2：**

**佛山市门诊特定病种选定医疗机构变更确认单**

参保人： 个人编号： 证件号码：

经确认，参保人门诊特定病种选定医疗机构变更情况如下：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 原选定医疗机构名称 | 现选定医疗机构名称 |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |

须知：

1、选定医疗机构的变更一个自然年度只可变更一次；

2、参保人办理选定医院机构变更后，在新选定医疗机构新发生的门诊特定病种费用方可纳入医保报销；

3、参保人在选定医疗机构发生的门诊特定病种费用按规定纳入核报。同时享受门诊特定病种和门诊慢性病种待遇的参保人在非选定医疗机构发生的门诊特定病种费用不予核报，但不影响其门诊慢性病种待遇。

申请人或代办人签名：

经办机构（盖章）：

经办时间：