附件2

基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请

受理回执

|  |  |
| --- | --- |
| 受理号 |  |
| 定点医疗机构名称 |  |
| 定点医疗机构代码 |  |
| 机构地址（协议约定地址） |  |
| 受理事项 | 基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请 |
| 查询方式 | （经办机构确定的查询方式） |
| 投诉监督 | （经办机构确定的联系方式） |
| 备注 |  |

申请机构（盖章）： 申请人签名： 联系方式： 日期：

说明：你单位的申请已受理，……（经办机构根据本地区实际细化提示内容）。

经办机构（盖章）

日期：