附件8

门诊特定病种定点就医医疗机构

变更申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 身份证号码 | |  | 联系电话（可多填） |  |
| 代办人姓名 |  | 身份证号码 | |  |
| 申请事项 | 变更门诊特定病种定点就医医院 | | | | | |
| 变更条件 | （地级以上市医保经办机构根据本地实际明确） | | | | | |
| 原选定医院 |  | | | 新选定医院 |  | |
| 申请变更  情况说明 | 本人已知悉可变更门诊特定病种定点就医医院的条件，承诺所提供材料与信息均真实完整合法，符合办理业务条件。具体变更原因如下： | | | | | |
| 本人（代办人）签名： |  | | 填表日期 | |  | |