|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2 | | | | | | | | |
|
| 广东省异地就医直接结算定点医药机构信息变更表 | | | | | | | | |
| 地级以上市级经办机构确认（盖章） | | | | | | | | |
| 序号 | 机构类型 | 机构代码 | 机构名称 | 变更项目名称 | 变更时间 | 变更前 | 变更后 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 注： | 1.机构类型栏：填写医疗机构/零售药店。 | | | | | | | |
|  | 2.机构代码栏:填写国家医疗保障业务信息编码标准规定的医疗机构代码或零售药店代码。 | | | | | | | |
|  | 3.每条信息填写一个项目，医药机构有多个项目变更的分多条填写。 | | | | | | | |
|  | 4.变更项目名称对应信息登记表上的相关项目名称。如变更协议状态，请注明变更住院、门诊或全部业务等状态。 | | | | | | | |
| 填报人： 联系电话： 填报日期： 年 月 日 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |