

# 揭阳市揭东区医疗保障局文件

揭东医保〔2021〕27号

## 关于转发《广东省基本医疗保险门诊特定病种业务经办规程（试行）》的通知

各镇（街道、开发区、金属城）人民政府（办事处、管委会）、  
各定点医疗机构：

现将《关于转发〈广东省基本医疗保险门诊特定病种业务经办规程（试行）〉的通知》（揭医保〔2021〕73号）转发给你们，  
请遵照执行。

揭阳市揭东区医疗保障局

2021年6月28日



# 揭阳市医疗保障局文件

揭医保〔2021〕73号

## 关于转发《广东省基本医疗保险门诊特定病种业务经办规程（试行）》的通知

各县（市、区）医疗保障局，空港经济区人力资源和社会保障局：

现将《广东省医疗保障局关于印发〈广东省基本医疗保险门诊特定病种业务经办规程（试行）〉的通知》（粤医保规〔2021〕3号）转发给你们，请严格按照要求，认真贯彻执行。



以此件为准

# 广东省医疗保障局文件

粤医保规〔2021〕3号

---

## 广东省医疗保障局关于印发《广东省基本医疗保险门诊特定病种业务经办规程（试行）》的通知

各地级以上市医疗保障局：

现将《广东省基本医疗保险门诊特定病种业务经办规程（试行）》印发给你们，请认真贯彻执行。执行过程中遇到的问题，请径向省医保局反映。





# 广东省基本医疗保险门诊特定病种 业务经办规程

## 第一章 总则

**第一条** 为做好我省基本医疗保险门诊特定病种经办管理服务工作，根据《医疗保障基金使用监督管理条例》《广东省医疗保障局关于印发〈广东省基本医疗保险门诊特定病种管理办法〉的通知》（粤医保规〔2020〕4号）精神，结合我省实际，制定本规程。

**第二条** 本规程适用于基本医疗保险门诊特定病种（以下简称“门特病种”）经办管理服务工作。

**第三条** 省医保中心负责指导全省门特病种经办管理服务工作，各地级以上市医疗保障行政部门负责确定可以开展门特病种诊断及治疗的定点医疗机构的条件，各地级以上市医疗保障经办机构按照规定负责做好本统筹区的门特病种经办管理服务工作。

定点医疗机构和定点零售药店（以下简称“定点医药机构”）按照规定做好参保人员的门特病种服务工作。

## 第二章 协议管理

**第四条** 定点医疗机构应当根据地级以上市医疗保障行政部门规定，向统筹区医疗保障经办机构（以下简称经办机构）申请门特病种服务资格。

**第五条** 定点医疗机构申请门特病种服务资格，应提交以下材料：

（一）《基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请书》（见附件 1）。

（二）《医疗机构执业许可证》或中医诊所备案证或军队医疗机构为民服务许可证照复印件。

（三）地级以上市医疗保障行政部门规定的材料。

申请材料中属于政府部门核发的证照批文，通过数据共享可以查询、核验的，医疗机构无需另行提供。

**第六条** 定点医疗机构提出门特病种服务资格申请，经办机构应当即时受理，并出具受理回执（见附件 2）。申请材料内容不全的，经办机构应当自收到材料之日起 5 个工作日内一次性告知定点医疗机构补正（见附件 3），定点医疗机构应当按照规定时限补正。

**第七条** 经办机构应自受理申请材料之日起 30 个工作日内完成申请材料的审核。经办机构必要时可以组织集体评估，集体评估成员可由医疗保障、医药卫生等专业人员构成。自受理申请材料之日起，评估时间不超过 60 个工作日，定点医疗机构补充材料时间不计入评估期限。经办机构应将评估结果报同级医疗保障行政部门备案。经审核符合条件的，经办机构应当确定定点医疗机构相应门特病种服务资格，与医疗机构签

订补充协议，并向同级医疗保障行政部门备案；不符合条件的，书面告知原因（见附件4）。经办机构应在与定点医疗机构签订补充协议后7个工作日内将名单向社会公布。

**第八条** 定点医疗机构门特病种服务资格实施动态管理。定点医疗机构诊疗科目范围及诊疗技术资质等发生变更，不再符合相应门特病种服务资格准入条件的，应自有关部门批准之日起30个工作日内向经办机构报备。经办机构应及时终止相应门特病种服务资格，并向社会公布。

定点医疗机构新增诊疗科目和诊疗技术资质的，适用本规程第四、五、六、七条规定。

### 第三章 就医管理

**第九条** 参保人员罹患门特病种范围的疾病，申请门特病种待遇认定和续期，应当选择具备相应门特病种诊断资格的定点医疗机构办理。既往已确诊的参保人员，定点医疗机构可以根据既往化验单、诊断书等，结合实际病情予以办理。

**第十条** 定点医疗机构为参保人员办理门特病种待遇认定，应遵照以下流程：

（一）待遇认定申请。经医疗机构具备相关专业执业资质的接诊医师诊断，参保人员病情符合相应门特病种准入标准的，医师应当为其填写《门诊特定病种待遇认定申请表》（以下简称



申请表，见附件5）。不符合相应门特病种准入标准的，接诊医师不得为其办理待遇认定。

（二）待遇认定复核。副主任及以上医师对申请表进行复核（科室无副主任及以上医师的，可以由其上级主管医师复核），经复核符合条件的，送医疗机构医保业务管理部门。

（三）认定审核确认。医疗机构医保业务管理部门应当对《申请表》进行审核确认。符合规定的，将认定信息上传至医保信息系统备案。待遇享受有效期自定点医疗机构按照规定将认定信息上传至医保信息系统备案之日起，按照自然日计算，到期自动终止。医疗机构应当将认定结果告知参保人员，参保人员要求提供备案后的《门诊特定病种待遇认定表》（见附件6）纸质版的，医疗机构应当提供。

定点医疗机构办理门特病种待遇认定，时限不得超过3个工作日。鼓励定点医疗机构实现院内门特病种待遇认定全流程信息化。

（四）认定资料存档。定点医疗机构应当保存申请表和相关资料10年备查。

**第十一条** 参保人员应当在其相应门特病种待遇认定有效期届满前30日内申请办理续期，续期有效期自前一有效期届满当日起，按照自然日计算，到期自动终止。续期流程适用本规程第十条规定。

未按照规定办理续期手续的参保人员在前一有效期终止后30日内（含第30日）补办续期的，可继续享受待遇，续期有效期自前一有效期满后次日起，按照自然日计算，到期自动终止。

**第十二条** 参保人员享受门特待遇须经定点医疗机构确诊，选定符合条件的定点医疗机构作为本人相应门特病种就医医疗机构（以下简称“门特定点医疗机构”）就医。

**第十三条** 参保人员应当按照统筹区规定选定门特定点医疗机构。参保人员可以通过线上渠道办理医疗机构门特选定服务，也可到选择定点的医疗机构现场办理门特定点。参保人员办理定点时，应当按规定填写《门诊特定病种就医医疗机构定点表》（见附件7）。

定点医疗机构为参保人员办理门特病种待遇认定时，经参保人同意，可以一并办理定点该院就医手续。

**第十四条** 参保人员选定门特定点医疗机构后，原则上一年内不变更。在待遇有效期内，参保人员确因病情需要、居住地迁移、工作地址变更、定点医疗机构门特病种服务范围变动等情形需要变更门特定点医疗机构的，可以向经办机构或符合规定的定点医疗机构提交《门诊特定病种定点就医医疗机构变更申请表》办理变更手续（见附件8）。

经办机构可以结合本地实际，明确由医疗机构办理变更手续，并将变更信息上传至医保信息系统备案。



**第十五条** 经办机构应当为参保人员提供选择或变更门特定点就医医院的线上服务。

#### **第四章 管理监督**

**第十六条** 定点医药机构应严格执行国家、省医疗保障政策和医保定点服务协议规定。定点医疗机构不得违规办理门特病种待遇认定，不得通过串换药品、串通参保人员伪造病历和检查资料等违规行为骗取医保基金。定点零售药店不得通过串换药品、串通参保人员套现医保基金等违规行为骗取医保基金。构成犯罪的，依法追究刑事责任。

**第十七条** 各级医疗保障行政部门应加强对定点医药机构、参保人员使用医保基金情况的监管，严厉打击欺诈骗保。各级经办机构应当对定点医药机构门特病种服务行为进行稽核检查，对医疗机构为参保人员办理门特待遇认定和定点变更等业务情况进行有效监督。

经办机构发现定点医疗机构存在为不符合条件的参保人员办理门特病种待遇认定等违规行为的，应当按照规定予以处理，并终止定点医疗机构违规办理的相关参保人员门特病种待遇认定信息。经办机构发现定点零售药店存在串换药品、串通参保人员套现医保基金等违规行为的，应当按照规定予以处理。

**第十八条** 定点医药机构存在违规行为的，其相应的门诊特

定病种费用，医保基金依法或依协议规定不予支付，由定点医药机构承担。已支付的医保基金由医保经办机构按照规定向定点医药机构追回。

## 第五章 附则

**第十九条** 参保人员凭选定医疗机构外配处方、就医凭证在统筹区定点药店配药的经办规程另行制定，在省出台相关规程前，由各地级以上市医保部门规定。

**第二十条** 本规程实施前已取得相应门特病种服务资格的定点医疗机构是否重新确定，由各地级以上市医疗保障经办机构规定。

**第二十一条** 本规程由省医疗保障局负责解释。

**第二十二条** 本规程自 2021 年 7 月 1 日起施行，有效期至 2023 年 12 月 31 日。

- 附件：1.基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请书  
2.基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请受理回执  
3.一次性补正材料告知书  
4.基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请审核不合格告知书

5.门诊特定病种待遇认定申请表

6.门诊特定病种待遇认定表

7.门诊特定病种就医医疗机构定点表

8.门诊特定病种定点就医医疗机构变更申请表



## 附件 1

## 基本医疗保险门诊特定病种服务资格 申请书

经办机构名称:

我单位定点医疗机构名称, (定点医疗机构代码:          )地  
址:                                ), 现按照政策规定及相关要求, 提  
交《基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请表》(见附件1)  
及相关资料, 申请开展相应门诊特定病种服务资格, 并承担一  
切相应的法律责任。

附件：1.基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请表  
2.医疗机构执业许可证正、副复印件（军队所属医疗机构应提供主管部门的相关文件）  
3.（地级以上市医疗保障行政部门规定的材料）

(申请单位盖章)

年 月 日

(联系人: , 联系电话: )

附件1

## 基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请表

申请单位（盖章）：

| 序号 | 病种名称             | 申请资格                     |                          |
|----|------------------|--------------------------|--------------------------|
|    |                  | 诊断<br>(待遇认定)             | 治疗                       |
| 1  | 高血压病             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2  | 糖尿病              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3  | 冠心病              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4  | 慢性心功能不全          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5  | 脑血管疾病后遗症         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6  | 帕金森病             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7  | 癫痫               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8  | 支气管哮喘            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9  | 慢性阻塞性肺疾病         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | 肺动脉高压            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | 肝硬化（失代偿期）        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | 慢性乙型肝炎           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | 丙型肝炎（HCV RNA 阳性） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | 艾滋病              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | 活动性肺结核           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | 耐多药肺结核           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | 类风湿关节炎           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 | 强直性脊柱炎           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 | 多发性硬化            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 | 骨髓纤维化            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 | 系统性红斑狼疮          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 | 再生障碍性贫血          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23 | 骨髓增生异常综合症        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|    |                             |                          |                          |
|----|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 24 | 血友病                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25 | 地中海贫血（海洋性贫血或珠蛋白生成障碍性贫血）     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26 | C型尼曼匹克病                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27 | 肢端肥大症                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28 | 银屑病                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29 | 克罗恩病                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30 | 溃疡性结肠炎                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31 | 湿性年龄相关性黄斑变性                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32 | 糖尿病黄斑水肿                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33 | 脉络膜新生血管                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34 | 视网膜静脉阻塞所致黄斑水肿               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35 | 精神分裂症                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36 | 分裂情感性障碍                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37 | 持久的妄想性障碍（偏执性精神病）            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38 | 双相（情感）障碍                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39 | 癫痫所致精神障碍                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40 | 精神发育迟滞伴发精神障碍                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41 | 心脏移植术后抗排异治疗                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42 | 肝脏移植术后抗排异治疗                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43 | 肺脏移植术后抗排异治疗                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44 | 肾脏移植术后抗排异治疗                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45 | 造血干细胞移植后抗排异治疗               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46 | 慢性肾功能不全（非透析治疗）              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47 | 慢性肾功能不全（血透治疗）               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48 | 慢性肾功能不全（腹透治疗）               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49 | 恶性肿瘤（非放化疗）                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50 | 恶性肿瘤（化疗，含生物靶向药物、内分泌治疗、免疫治疗） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 51 | 恶性肿瘤（放疗）                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 52 | 新冠肺炎出院患者门诊康复治疗              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

备注：请在申请开展的门诊特定病种对应的“申请资格栏□”中画“√”。



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：

附件 3

## 一次性补正材料告知书

(定点医疗机构名称):

     年      月      日, 本单位收到你单位提交的基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请材料。经审核, 发现提交的材料不齐全/不符合规定。

需要补正材料的内容: ... ..

需要补齐的有关材料: ... ..

请你单位将上述材料补正后于      年      月      日前提交至本单位。如无正当理由逾期提交的, 视为放弃申请。

特此通知。

联系人及联系方式:

经办机构 (盖章)

日期:

## 不合格告知书（签收联）

|                    |                          |                                       |
|--------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| 告知书编号              |                          |                                       |
| 定点医疗机构名称           |                          |                                       |
| 定点医疗机构代码           |                          |                                       |
| 办理事项               | 申请基本医疗保险门诊特定病种服务资格       |                                       |
| 病种名称               | 审核结果                     | 不符合____市基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请条件          |
| 例：1. 慢性肾功能不全（血透治疗） | 审核不合格的原因                 | 经审核，不符合（根据地级以上市医保行政部门规定填写）的有关规定，不予通过。 |
| 例：2. 恶性肿瘤（放疗）      | 审核不合格的原因                 | 经审核，不符合（根据地级以上市医保行政部门规定填写）的有关规定，不予通过。 |
| 例：3. ....          | 审核不合格的原因                 | 经审核，不符合（根据地级以上市医保行政部门规定填写）的有关规定，不予通过。 |
| 查询方式               | （经办机构联系方式）               |                                       |
| 备注                 | 本告知书一式两联，一联交申请单位，一联存档备查。 |                                       |

申请人签名：

联系方式：

日期：

经办单位（盖章）：

日期：

## 基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请 审核不合格告知书

|                    |                          |                                       |
|--------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| 告知书编号              |                          |                                       |
| 定点医疗机构名称           |                          |                                       |
| 定点医疗机构代码           |                          |                                       |
| 办理事项               | 申请基本医疗保险门诊特定病种服务资格       |                                       |
| 病种名称               | 审核结果                     | 不符合____市基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请条件          |
| 例：1. 慢性肾功能不全（血透治疗） | 审核不合格的原因                 | 经审核，不符合（根据地级以上市医保行政部门规定填写）的有关规定，不予通过。 |
| 例：2. 恶性肿瘤（放疗）      | 审核不合格的原因                 | 经审核，不符合（根据地级以上市医保行政部门规定填写）的有关规定，不予通过。 |
| 例：3. ....          | 审核不合格的原因                 | 经审核，不符合（根据地级以上市医保行政部门规定填写）的有关规定，不予通过。 |
| 查询方式               | （经办机构联系方式）               |                                       |
| 备注                 | 本告知书一式两联，一联交申请单位，一联存档备查。 |                                       |

申请人签名：

联系方式：

日期：



## 附件 5

## 门诊特定病种待遇认定申请表

医疗机构名称:

|            |                                                                              |         |                                                                  |    |  |
|------------|------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------------------------------------------------------|----|--|
| 姓名         |                                                                              | 性别      |                                                                  | 年龄 |  |
| 身份证件号码     |                                                                              | 人员类别    | <input type="checkbox"/> 职工医保<br><input type="checkbox"/> 城乡居民医保 |    |  |
| 申请科室       |                                                                              | 科室电话    |                                                                  |    |  |
| 门特病种名称     |                                                                              | 医保病种代码  |                                                                  |    |  |
| 病情摘要及诊断    | 患者病史（或手术史）：<br>疾病诊断：                                                         |         |                                                                  |    |  |
| 诊疗方案及项目构成  | 用药方案：<br>治疗方案：<br>检查项目：<br>申请医师签名：                    年      月      日        |         |                                                                  |    |  |
| 科室复核       | 上级医师签名：                    年      月      日                                   |         |                                                                  |    |  |
| 医院医保管理部门审核 | 同意（盖章）                    年      月      日                                    |         |                                                                  |    |  |
| 待遇有效期      | 年      月      日      至      年      月      日                                  |         |                                                                  |    |  |
| 选择本院为门特定点  | 本人同意选定该医院作为本人该门特病种定点医院：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |         |                                                                  |    |  |
| 参保人签名      |                                                                              | 参保人联系电话 |                                                                  |    |  |
| 备注         |                                                                              |         |                                                                  |    |  |

说明：1.病情摘要应当填写主诉、现病史、体格检查、辅助检查等确诊情况；

2.项目构成必须符合医保政策有关规定。

3.首次申请待遇享受有效期自定点医疗机构按照规定将认定信息上传医保信息系统备案之日起，按照自然日计算，到期自动终止。

4.参保人员，应在相应门特病种待遇认定有效期满前30日内，申请办理续期。定点医疗机构应规定办理后，续期有效期自前一有效期满后次日起，按照自然日计算，到期自动终止。

5.每申请认定一个门特病种，需填写一份《门诊特定病种待遇认定申请表》

6.办理待遇续期需填写此表。

## 附件 6

## 门诊特定病种待遇认定表

认定机构（医疗机构）名称：

|           |                                                                   |        |                                                                  |    |  |
|-----------|-------------------------------------------------------------------|--------|------------------------------------------------------------------|----|--|
| 姓名        |                                                                   | 性别     |                                                                  | 年龄 |  |
| 身份证件号码    |                                                                   | 人员类别   | <input type="checkbox"/> 职工医保<br><input type="checkbox"/> 城乡居民医保 |    |  |
| 申请科室      |                                                                   | 科室电话   |                                                                  |    |  |
| 门特病种名称    |                                                                   | 医保病种代码 |                                                                  |    |  |
| 病情摘要及诊断   | 患者病史（或手术史）：<br>疾病诊断：<br>医师签名：                    年     月     日    |        |                                                                  |    |  |
| 诊疗方案及项目构成 | 用药方案：<br>治疗方案：<br>检查项目：<br>医师签名：                    年     月     日 |        |                                                                  |    |  |
| 待遇有效期限    | 年     月     日至                年     月     日                       |        |                                                                  |    |  |
| 认定备案机构    | 经办机构（盖章）                年     月     日                             |        |                                                                  |    |  |
| 联系方式      | 经办机构咨询电话：                                                         |        |                                                                  |    |  |
| 备注        |                                                                   |        |                                                                  |    |  |



说明: 1. 首次申请待遇享受有效期自定点医疗机构按照规定认定信息上传医保信息系统备案之日起, 按照自然日计算, 到期自动终止。

2. 参保人员, 应在相应门特病种待遇认定有效期满前 30 日内, 申请办理续期。定点医疗机构应规定办理后, 续期有效期自前一有效期满后次日起, 按照自然日计算, 到期自动终止。

附件 7

## 门诊特定病种就医医疗机构定点表

|                               |  |       |      |      |  |
|-------------------------------|--|-------|------|------|--|
| 申请人姓名                         |  | 身份证号码 |      | 联系电话 |  |
| 代办人姓名                         |  | 身份证号码 |      |      |  |
| 门诊特定病种名称                      |  |       |      |      |  |
| 选择就医医疗机构名称                    |  |       |      |      |  |
| 本人同意选择该医疗机构为本人该门诊特定病种定点就医医疗机构 |  |       |      |      |  |
| 本人(代办人)签名:                    |  |       | 办理日期 |      |  |

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<br>(可多<br>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<br>情况说明 | <p style="text-align: center;">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：</p> |       |       |                   |  |
| 本人(代办人) 签名：  |                                                                                                 |       | 填表日期  |                   |  |

公开方式：主动公开

---

抄送：省纪委监委驻省卫生健康委纪检监察组。

---

广东省医疗保障局办公室

2021年7月5日印发

---