

附件 3

省本级门诊慢特病认定及病种新增申请表

医药机构名称 (盖章)		国家贯标机构代码	
医保行政区划		法定代表人	
医保联系人		联系电话	
是否已开通省 本级门特认定 机构		是否开通成都 市医疗服务类型	
医药机构地址			
申请开通医 疗服务类型			

申请新增省本级门特认定病种

申请人：

申请时间：