门诊特定病种定点就医医疗机构

变更申请表

 （202306版）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | □病情需要变更□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□已办理异地就医备案（含门诊转诊）□病种办理超过一年首次变更 □其他情形 |
| **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** |  |
| **经办人盖章** |  | **复核人盖章** |  |

说明：1.病情需要变更的需提供医疗机构出具说明。

 2.居住地迁移和工作地址变更需出具本人或家属相关支持材料。