十堰市基本医疗保险门诊慢特病血友病治疗定点签约单

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号 |  |
| 参保类型 | 🞎职工 🞎居民 | 联系电话 |  |
| 居住地址 |  | | |
| 申请签约 | 本人申请与 医院签约，自签约之日起，在该医院门诊进行血友病治疗，治疗期间服从医院管理，遵守医保政策。 | | |
| 医院业务科室意见 | 病史简介： | | |
| 治疗方案：    主治医师（签字）： 科室负责人（签字）： | | |
| 医院医保科意见 | 我院同意与该患者签约，为其提供血友病治疗服务，承诺严格执行卫健部门各项诊疗规范，严格遵守医疗保险各项规章制度。    医保科（签章）  年 月 日 | | |