附件3：

中山市基本医疗保险门诊特定病种

服务资格申请受理回执

|  |  |
| --- | --- |
| 受理号码 |  |
| 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 |  |
| 投诉监督 |  |
| 备注 |  |

申请机构（盖章）： 申请人签名： 联系方式： 日期：

 经办机构（盖章）

 日期：