

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：