附件5：

中山市基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请审核不合格告知书（签收联）

|  |  |
| --- | --- |
| 告知书编号 |  |
| 定点医疗机构名称 |  |
| 定点医疗机构代码 |  |
| 办理事项 | 申请基本医疗保险门诊特定病种服务资格 |
| 病种名称 | 审核结果 | 不符合 市基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请条件。 |
|  | 审核不合格的原因 | 经审核，不符合 的有关规定，不予通过。 |
|  | 审核不合格的原因 | 经审核，不符合 的有关规定，不予通过。 |
|  | 审核不合格的原因 | 经审核，不符合 的有关规定，不予通过。 |
| 查询方式 |  |
| 备注 | 本告知书一式两联，一联交申请单位，一联存档备查。 |

　　申请人签名： 联系方式： 　日期：

 　　经办单位（盖章）：

　　　日期：



中山市基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请审核不合格告知书

|  |  |
| --- | --- |
| 告知书编号 |  |
| 定点医疗机构名称 |  |
| 定点医疗机构代码 |  |
| 办理事项 | 申请基本医疗保险门诊特定病种服务资格 |
| 病种名称 | 审核结果 | 不符合 市基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请条件。 |
|  | 审核不合格的原因 | 经审核，不符合 的有关规定，不予通过。 |
|  | 审核不合格的原因 | 经审核，不符合 的有关规定，不予通过。 |
|  | 审核不合格的原因 | 经审核，不符合 的有关规定，不予通过。 |
| 查询方式 |  |
| 备注 | 本告知书一式两联，一联交申请单位，一联存档备查。 |

申请人签名： 联系方式： 日期：