附件4

张掖市基本医疗保险门诊慢特病申请人员汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身 份 证 号 | 参保类型 | 申请病种 | 附加病种 | 联系方式 |
| 1 | 　 | 　 | 　 |  |  |  | 　 |
| 2 | 　 | 　 | 　 |  |  |  | 　 |
| 3 | 　 | 　 | 　 |  |  |  | 　 |
| 4 | 　 | 　 | 　 |  |  |  | 　 |
| 5 | 　 | 　 | 　 |  |  |  | 　 |
| 6 | 　 | 　 | 　 |  |  |  | 　 |
| 7 | 　 | 　 | 　 |  |  |  | 　 |
| 8 | 　 | 　 | 　 |  |  |  | 　 |
| 9 | 　 | 　 | 　 |  |  |  | 　 |

填报单位：

经办人： 联系方式： 填报日期：

备注：此表按城乡居民和城镇职工参保类型分别填报。