**吉林市医疗保险特药定点医疗机构责任医师申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | |
| 医师姓名 |  | 医保医师  编码 |  |
| 身份证号 |  | 性别 |  |
| 年龄 |  | 科室 |  |
| 职务 |  | 职称 |  |
| 执业医师证书编号 |  | | |
| 承担的病种及药品类别 | 申请人签字：  年 月 日 | | |
| 医疗机构  意见 | 申请单位盖章  年 月 日 | | |
| 医保局意见 | 经办人：  监管部负责人： （公章）  年 月 日 | | |

1. 此表应认真填写，字迹清楚，不允许漏项，加盖定点医疗机构公章；
2. 此表连同本人的执业医师证、医师资格证、本人身份证一同装订上报市医保局；
3. 此表一式两份，定点医疗机构和医保局各留存一份。