附件2

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 重庆市“两病”按人头付费登记表 | | | | | | | |
| 姓名 | |  | | 性别 |  | 年龄 |  |
| 社会保障号 | |  | | | 身份证号 |  | |
| 参保人联系电话 | | |  | | | | |
| 参保人居住或工作地 | | |  | | | | |
| 病种 | | | 高血压□  糖尿病□ | | | | |
| 本人选定治疗机构 | | |  | | | | |
| 本人意见 | 签字：  年 月 日 | | | | | | |
| 治疗机构意见 | 签章：  年 月 日 | | | | | | |

备注：本表格由治疗机构存档备查。