

附件 5

重庆市申请医疗、生育保险定点医疗机构受理书

(经办机构留存)

受理经办机构(业务章)

编号:

申请定点 医疗机构名称			
申请单位地址			
申请联系人		联系电话	
申请类别	医疗 <input type="checkbox"/> 生育 <input type="checkbox"/>	受理日期	
受理情况	受理 <input type="checkbox"/> 不予受理 <input type="checkbox"/> 不予受理原因:		
受理经办机构联系人		联系电话	

重庆市申请医疗、生育保险定点医疗机构受理情况回执单

受理经办机构(业务章)

编号:

申请定点 医疗机构名称			
申请单位地址			
申请联系人		联系电话	
申请类别	医疗 <input type="checkbox"/> 生育 <input type="checkbox"/>	受理日期	
受理情况	受理 <input type="checkbox"/> 不予受理 <input type="checkbox"/> 不予受理原因:		
受理经办机构 联系人		联系电话	