附件1

梧州市新增城乡居民“两病”认定人员名单

填报单位(盖章)： 填报月份： 年 月 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓 名** | **性别** | **身份证号** | **行政区划** | **住 址** | **电话** | **“两病”病种名称** | **认定医疗****机构** | **认定日期** | **是否规范化管理人员** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 填表人： 联系电话：

备注：1.行政区划填(万秀区、长洲区、龙圩区、苍梧县、藤县、岑溪市、蒙山县)；

2.此表一式两份，定点医疗机构留存一份，报当地医保中心备案一份