附件2

|  |
| --- |
| 居民门诊统筹变更签约定点医疗机构申请表日期： 年 月 日 |
| 姓 名 |  | 身份证号 |  | 性别 | □男 □女 |
| 变更时间 |  | 人员类别 | □成年居民 □少年儿童 |
| 原签约医疗机构 | 　 |
| 新签约医疗机构 | 　 |
| 与原签约医疗机构是否已结清医疗费用 □是 □否 |
| 变更原因： □病情变化 □地址变迁 □其他原因  |
|  申请人签字：  年 月 日  |
| 备注：签约门诊统筹定点医疗机构后，一个年度内原则上可以变更一次。因病情变化、地址变迁等原因确需再次变更签约定点的，个人提出申请，经医保经办机构审核通过后予以变更。 |