

附件 5

周口市基本医疗保险门诊重症慢性病评审通过人员汇总表

序号	单 位	姓 名	性 别	身 份 证 号	申 报 病 种	定 点 选 择 1	定 点 选 择 2	备 注
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								

医疗机构（签章）：

制表时间： 年 月 日

医保医师签字（盖章）：