

附件 5:

## 中山市基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请审核不合格 告知书（签收联）

|          |                          |                                |
|----------|--------------------------|--------------------------------|
| 告知书编号    |                          |                                |
| 定点医疗机构名称 |                          |                                |
| 定点医疗机构代码 |                          |                                |
| 办理事项     | 申请基本医疗保险门诊特定病种服务资格       |                                |
| 病种名称     | <b>审核结果</b>              | 不符合_____市基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请条件。 |
|          | <b>审核不合格的原因</b>          | 经审核，不符合_____的有关规定，不予通过。        |
|          | <b>审核不合格的原因</b>          | 经审核，不符合_____的有关规定，不予通过。        |
|          | <b>审核不合格的原因</b>          | 经审核，不符合_____的有关规定，不予通过。        |
| 查询方式     |                          |                                |
| 备注       | 本告知书一式两联，一联交申请单位，一联存档备查。 |                                |

申请人签名:

联系方式:

日期:

经办单位（盖章）:

日期:

## 中山市基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请审核不合格 告知书

|          |                          |                                |
|----------|--------------------------|--------------------------------|
| 告知书编号    |                          |                                |
| 定点医疗机构名称 |                          |                                |
| 定点医疗机构代码 |                          |                                |
| 办理事项     | 申请基本医疗保险门诊特定病种服务资格       |                                |
| 病种名称     | <b>审核结果</b>              | 不符合_____市基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请条件。 |
|          | <b>审核不合格的原因</b>          | 经审核，不符合_____的有关规定，不予通过。        |
|          | <b>审核不合格的原因</b>          | 经审核，不符合_____的有关规定，不予通过。        |
|          | <b>审核不合格的原因</b>          | 经审核，不符合_____的有关规定，不予通过。        |
| 查询方式     |                          |                                |
| 备注       | 本告知书一式两联，一联交申请单位，一联存档备查。 |                                |

申请人签名:

联系方式:

日期: