**江门市基本医疗保险门诊定点机构登记表**

登记日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 个人参保号 |  | 姓名 |  | 性别 |  |
| 身份证号 |  | 工作单位 |  | 年龄 |  |
| 家庭住址 |  | | | | |
| 联系人 |  | 联系电话 |  | | |
| 本 人  申 请 | 江门市基本医疗保险城乡一体化一档 [ ]  本人参加了  江门市基本医疗保险城乡一体化二档 [ ]  现选择 作为自己的普通门诊医疗费用统筹定点医疗机构。  申请人（签名）： 年 月 日 | | | | |

经办机构（盖章）：

经 办 人： 复 核 人：

经办日期：年 月 日 复核日期： 年 月 日

**填 表 说 明**

一、参保人办理登记手续时须持社会保障卡或身份证。

二、参保人可选择由江门市社会保险基金管理局统一公布的门诊定点机构，详见《江门市门诊定点机构名单》，城乡一体化一档的参保人只能选择公布名单中的当地城乡一体化一档门诊定点机构。

三、参保人选定门诊定点机构后，社保年度（每年的1月1日至12月31日）内不得变更。下一社保年度需变更的，须在本年10至12月办理变更手续。未选定门诊定点机构或在非选定的医疗机构就医的，不能享受普通门诊统筹待遇。

四、本表一式两份，由参保人、社会保险管理所（劳动保障事务所）或社会保险经办机构各存一份。