**江门市普通门诊定点医疗机构选定表**

经办机构（盖章）： 登记日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人  姓名 |  | 身份证  号码 |  | 联系  电话 |  |
| 代办人  姓名 |  | 身份证  号码 |  | 联系  电话 |  |
| 本次选定普通门诊医疗机构为：□初次申请 □变更 | | | | | |
| 医疗机构名称 |  | | | | |
| 本人同意选择以上医疗机构为本人门诊定点就医医疗机构 | | | | | |

**填 表 说 明**

一、参保人可选择的门诊定点机构统一由江门市医疗保障事业管理中心公布，详见《江门市普通门诊定点医疗机构名单》，**职工**医保参保人员在选定一家一级及以下定点医疗机构基础上，可在二级或三级定点医疗机构中再选定一家。**居民**医保参保人员只可在一级及以下定点医疗机构或我市儿童专科定点医疗机构中选定一家；

二、参保人门诊定点机构选定后，医保年度内原则上不得变更。下一年度需变更的，须在本年10至12月办理变更手续。江门市基本医疗保险年度为每年的1月1日至12月31日。未选定门诊定点机构或在非选定的医疗机构就医的（转诊、急救和抢救除外），不能享受普通门诊医疗费用统筹待遇；

三、本表一式二份，由参保人、经办机构各存一份。