附件4

**江门市基本医疗保险门诊定点机构变更表**

 变更日期： 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 人变 更申 请 | 本人因 原因变更普通门诊医疗费用统筹定点医疗机构为： 。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、参保人选定了门诊定点机构在医保年度内原则上不得变更。参保人下一年度需重新选定门诊定点机构的，应于本年10月至12月办理变更手续；未办理变更手续的，视为继续选定原机构。办理变更手续时须持社会保障卡或身份证；

二、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；

三、本表一式二份，由参保人、经办机构各存一份。