附件3

**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 | 江门市职工基本医疗保险 [ ]  本人参加了  江门市城乡居民基本医疗保险 [ ]  现选择以下定点医疗机构作为自己的普通门诊医疗费用统筹定点医疗机构。  定点医疗机构一：  定点医疗机构二：  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、办理时须持医保电子凭证或有效身份证件或社保卡等有效凭证；

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、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；

四、本表一式二份，由参保人、经办机构各存一份。