附件5

曲靖市医保信息系统业务处理工作单

经办机构： 年 第 号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 业务事项 | 经办人： 联系电话：  年 月 日 | |
| 市本级或县级  经办机构意见 | 经办科室负责人意见：    签字： 年 月 日 | 市本级或县级经办机构领导意见：  单位（签章）  签字： 年 月 日 |
| 医保信息系统  运营维护商 | 处理结果：    经办人：    负责人：  年 月 日 | |
| 处理结果反馈 | 医保信息系统运营维护商经办人员将处理结果反馈业务事项需求部门。  反馈人： 被反馈人： 反馈时间： 年 月 日 | |

**填表说明：业务申报单位准确如实填写业务事项内容，本表一式两份，各经办机构存档一份，提交一份至医保信息系统运营维护商。**