附件2

曲靖市定点医疗机构医保医疗行为申报人员汇总表

定点单位名称（章） : 定点单位医保编码:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 身份证号码 | | 执业证书编码 | 执业类别 | 执业范围 | 注册证书编码 | 专业技术职务资格 | 所在科室 | 医务人员编码 |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 医保经办机构审核意见：  （章）  年 月 日 | | | | | 医保经办机构公示情况:  （章）  年 月 日 | | | | 市、县 （市、区） 医疗保障局备案意见:  （章）  年 月 日 | | | |

注: 此表一式三份，市、县 （市、区） 医疗保障局、经办机构和定点医疗机构各一份。