附件：

|  |
| --- |
| 重庆市职工医保“两病”门诊用药保障登记表 |
| 姓名 |    | 性别 |    | 年龄 |    |
| 身份证号 |    |
| 参保人联系电话 |    |
| 付费方式 | 按人头付费□按项目付费□ |
| 定点治疗机构（按人头付费需填写） |    |
| 病种 | 高血压□I型糖尿病□II型糖尿病□ |
| 本人意见 |      签字：年 月 日 |
| 登记机构意见 |     签章： 年 月 日 |

  备注：本表格由登记机构存档备查。