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。