

江苏省医疗保险特药定点医院申请表

定点医疗机构名称	
医保编码	
_____: 本院申请作为江苏省医疗保险开展特殊药品_____、 ____、____、____、____、 ____、____、____、____、 _____诊疗和评估的定点医院， 严格按照特药管理有关规定，做好特药 管理服务工作。 院长 签名： 年 月 日 医疗机构（公章） 年 月 日	
市医疗保险经办机构意见： 盖章： 年 月 日	