

申请书

甘肃省社会保险事业管理局医疗保险基金处：

省直参保人员_____，身份证号_____，
系_____单位（在职/退休）职工，于____年____月____
办理了异地就医登记备案（异地工作/异地安置）手续。现
因本人特殊疾病门诊选定医院是_____，需申请开通
本地特殊疾病门诊刷卡结算业务。本人承诺，_____年，特殊
疾病门诊未在异地就医地发生费用。本地特殊疾病门诊刷卡业
务开通后，异地产生的特殊疾病门诊费用不予报销。

申请人：_____ 联系电话：_____

申请日期：_____

经办人：_____

经办日期：_____