

广州体育学院退休职工定点医院申请表

姓 名		性 别	
身份证号码		联系电话	
拟定点医院		详细地址	
申请变更原因 ☐居住地变更☐原定点医院服务不便☐病情需要（需附简要说明或相关材料）☐其他（请说明）：			
承诺与声明 本人承诺以上所填信息真实、准确、完整。 已知悉并同意：1.退休教职工原则上只能定点一个公立医院，且变更后需满一年方可再次申请；2.本次申请如获批准，自批准之日起生效，原定点关系自动终止；3.报销待遇及相关流程按学校及附属医院现行规定执行。 申请人签字： 日期： 年 月 日			
审核审批意见 附属医院保健科审核意见： 审核人：（盖章） 年 月 日			
附属医院审批意见： 审批人：（盖章） 年 月 日			

- 填表说明：
- 1. 本表适用于已离退休教职工申请居住地附近公立医院定点；
 - 2. 申请人需如实填写各项信息，并提供身份证复印件；
 - 3. “申请变更原因”如属病情需要，建议附上相关病历或诊断证明；
 - 4. 本表一式两份，经审核批准后，由附属医院和财务部各存一份；
 - 5. 咨询电话：附属医院 020-38024310。