

附件 2

江西省日间医疗定点医疗机构申请表

申报日期（单位盖章）：

医疗机构名称				医院等级	
医疗机构类别		医疗机构地址			
医院负责人		联络人		联络人电话	
拟申请 日间医疗医保支 付政策类型	☐ 日间手术 ☐ 日间放化疗 ☐ 日间医疗病种治疗 ☒ 日间医疗辅助生殖技术应用				
申请材料清单 （文件要求 对应材料）					
申请医疗机构 意见	（盖章）				
统筹区医保 部门意见	（盖章）				

备注：1. 申报材料附后（需加盖公章）； 2. 申报材料附件可另附页。