厦门医保读卡器芯片申请单

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年 月 日 | | | | | | | | |
| 定点机构名称 | （加盖公章） | | | | | 网点编号 | |  |
| 申请事由 |  | | | | | | | |
| 申请数量 |  | 现有数量 |  | 现有读卡器数量 | | |  | |
| 经办人 |  | | 联系电话 | |  | | | |
| 医保  信息科意见 |  | | 社保  信息科意见 | |  | | | |
| 发卡人 |  | | | | | | | |
| 发放芯片编号 |  | | | | | | | |