

附件 5

长宁区特殊人群长期门诊代配药核查意见表

编号:

核查日期	年 月 日		
委托人姓名		身份证号码	
结算费用时段	年 月 日至 年 月 日		
相关情况:			
核查结果	☐ 经核查，无违法违规行为。		
	☐ 经核查，有违法违规行为，终止长期门诊代配药待遇。 行为认定: _____		
医疗机构意见（盖章）:	区卫健委意见（盖章）:	区医保局意见（盖章）:	
签名:	签名:	签名:	