|  |
| --- |
| 重庆市“两病”按人头付费登记表 |
| 姓名 |  | 性别 | 　 | 年龄 | 　 |
| 社会保障号 |  | 身份证号 | 　 |
| 参保人联系电话 |  |
| 参保人居住或工作地 | 　 |
| 病种 | 高血压□糖尿病□ |
| 本人选定治疗机构 | 　 |
| 本人意见 | 签字： 年 月 日 |
| 治疗机构意见 | 签章： 年 月 日 |

备注：本表格由治疗机构存档备查。