**绍兴市越城区医疗保险特殊病门诊医疗卡**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 王\*\* | 性别 |  | 出生年月 | 19\*\* • \*\* | 卡号 | A\*\*\*\*\*\*\*\* |
| 单位名称 |  | 证书号 |  | 开始时间 |  | 结束时间 |  |
| 指定医院 | 指定医疗机构1 | 指定医疗机构2 |
| 特殊病种名称 | 特殊病种1 | 特殊病种2 | 特殊病种3 |
| 核准意见：（此处显示核准内容）  |
| 备注 |  |

如遇各种原因出现医疗关系中断或一个医保年度内未使用，此卡自动失效 绍兴市越城区医疗保障管理服务中心