附件

天津市医保定点医药机构代取药登记表

年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **机构名称** |  | | |
| **患者姓名** |  | **患者身份证号码** |  |
| **代取药人姓名** |  | **代取药人身份证号码** |  |
| **与患者关系** |  | | |
| **代取药原因** |  | | |
| **代取药人联系方式** |  | | |
| **代取药人签字** |  | | |