附件：

四川省省本级基本医疗保险定点医药机构

银行账户信息变更申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请单位 | （单位公章） | | |
| 省医保编码 |  | 申请时间 |  |
| 变更前银行账户信息 | | 变更后银行账户信息 | |
| 户名：  账号：  开户银行名称：  开户银行行号： | | 户名：  账号：  开户银行名称：  开户银行行号： | |

办理地址 ：成都市锦江区永兴巷15号3号楼3304室省医疗保障事务中心医疗服务室

电话：028-86523063