附件7

要情报告责任人信息回执

报送单位:( )市州医保局

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位 | 医保类别 | 人员类别 | 姓名 | 职务 | 办公室电话 | 手机 |
| 统筹区1 |  | 负责人 |  |  |  |  |
| 经办专人 |  |  |  |  |
| 统筹区2 |  | 负责人 |  |  |  |  |
| 经办专人 |  |  |  |  |
| ┅ |  |  |  |  |  |  |
| 市州医保局 | —— | 负责人 |  |  |  |  |
| 经办专人 |  |  |  |  |