

附件：

社会保障 PSAM 卡申领表



*使用单位名称 (盖章)					
定点医药机构 医保结算代码		*统一社会信用代码(组织机构代码)：			
*单位类型	☐ 业务经办 ☐ 定点医院 ☐ 定点药店 ☐ 服务网点				
*法人代表		*身份证号码：		*联系电话：	
*单位地址					
*PSAM 卡申请	用 途		*原有数量	*申请数量	权限
	*定点药店	购药结算			
	*定点医院	门诊挂号结算			
		急诊挂号结算			
		住院部出入院			
		自助服务终端			
		医保办等管理部门			
		医生工作站(不用于结算)			
		备用(其他)			
	*业务经办/服务窗口				
	其他				
	合 计				
*PSAM 卡使用	*PSAM 卡编号		读卡器编号		*安装位置
	*领取(责任)人		*身份证号码		
	*联系电话		*所属部门		
*当地业务经办机构审核 *(负责人签字)：		*当地人社局业务主管科室审核 *(负责人签字)：		*当地人社局信息中心备案 *(负责人签字)：	
*(盖章) *日期： 年 月 日		*(盖章) *日期： 年 月 日		*(地市级人社局信息中心盖章) *日期： 年 月 日	

注：1. 本表一式两份，地市级人社局信息中心和地市级人社局业务主管科室各留存一份。2. 请务必认真填写此表所有信息项，并核实。3. 用手机扫描右上方二维码可以下载此附件电子版。