

为提高政府信息公开申请的办理效率，请您在申请公开政府信息时，每次只申请一条政府信息。

国家医疗保障局政府信息公开申请表

(共 2 页)

申请人信息	公民	姓名		工作单位		
		证件名称		证件号码		
		通信地址			邮政编码	
		联系电话				
		电子邮箱				
	法人/其他组织	名称		统一社会信用代码		
		身份证明文件信息 (营业执照、组织机构代码等)				
		法定代表人/负责人		代理人姓名		
		代理人电话				
		代理人电子邮箱				
	申请人签名或者盖章					
所需信息情况	所需信息的内容描述					
	所需信息的指定提供方式 <input type="checkbox"/> 纸质文本 <input type="checkbox"/> 电子文本	获取信息的方式 (单选) <input type="checkbox"/> 邮寄 <input type="checkbox"/> 电子邮件 <input type="checkbox"/> 传真 <input type="checkbox"/> 自行领取/当场阅读、抄录				
	<input type="checkbox"/> 若本机关无法按照指定方式提供所需信息、也可接受其他方式					

身份证明文件复印件

- (注: 1. 申请人为公民的, 需提供个人身份证复印件。
2. 申请人为法人或其他组织的, 需提供机构身份证明文件复印件、授权委托书以及代理人身份证复印件。)