附件5

龙山县医保经办乡镇（街道）办件信息汇总表

|  |
| --- |
| **乡镇（街道）名称： 填报人： 联系电话： 填报时间： 年 月 日** |
| **办理单位****（乡镇、街道、村、社区）** | **直办事项****（件）** | **帮代办事项****（件）** | **办理单位联系人** | **联系电话** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

注：本表由各乡镇（街道）汇总附件3、附件4后上报至县医疗保障事务中心。