附件7

医疗保险专网线路接入申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请单位（盖章） |  | | |
| 线路接入类型 | □以太专线 □VPN专线 | 速率 |  |
| 接入原因 |  | | |
| 安装地址 |  | | |
| 联系人及电话 |  | 收费电话号码 |  |
| 县（市、区）经办机构意见：  经办单位（盖章）：  年 月 日 | | | |
| 市医保中心意见：  单位（盖章）：  年 月 日 | | | |
| 备注： | | | |