附件2

医疗保障信息业务编码贯彻执行进度表

填报单位： （盖章）

|  |  |
| --- | --- |
| 项目 | 内容 |
| 本周进展 |  |
| 存在问题 |  |

反馈方式：PDF格式发送至市医保局OA邮箱-财政法规处-冯敏。

审核人： 填报人： 填报时间：