济宁市医疗保障局“问政医保”受理单

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ****＊姓 名**** |  | ****\*所在县市区**** |  |
| ****＊联系电话**** |  | | |
| ****＊问政类型****  ****（请选择一项）**** | 政策咨询类□ 法律法规类□ 投诉举报类□ 意见建议 □ 其他□ | | |
| ****＊问政内容**** |  | | |

说明：1.标“＊”内容为必填项，否则为无效表单；

2. 表单填好后，请通过邮箱发至sybj@ji.shandong.cn，我们将尽快处理。