咸宁市基本医疗保险门诊慢特病

认定申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年 月 日 | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | □职工医保  □城乡居民医保 |
| 证件类型 |  | 证件  号码 |  | | 联系  电话 |  |
| 参保地区 |  | | | | | |
| 选择定点医院 |  | | | 申请人签名 |  | |
| 门诊慢特病病种名称（代码） |  | | | | | |
| （可添加） | | | | | |
| 申报病种情况（符合诊断标准项目） | 医师签名：  认定机构名称（盖章）：  年 月 日 | | | | | |
| 审批意见 |  | | | | | |
| 备注 |  | | | | | |