张掖市基本医疗保险门诊慢特病申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性别** |  | **年龄** |  |  |
| **参保类型** | **职工【 】 居民【 】** | | | | |
| **身份证号** |  | | | | |
| **联系电话** |  | | | | |
| **工作单位** |  | | | | |
| **居住地址** |  | | | | |
| **申报病种** | **申报人或委托人签字：**  **2022年 月 日** | | | | | |
| **申请病种认定依据** | **主治医师： 科室主任： 年 月 日** | | | | | |
| **定点医疗机构医保科（办）意 见** | **经审核，符合张掖市基本医疗保险门诊慢特病**  **病种认定标准。**    **盖 章：**  **审核日期： 年 月 日** | | | | | |
| **医保经办机构备案意见** | **（签章）**  **备案时间： 年 月 日** | | | | | |

注：1.本表一式两份，医保经办机构一份，定点医疗机构各留存一份；

门诊慢特病申报病种和附加病种按病种内涵名称规范填写。