附件3

张掖市基本医疗保险门诊慢特病申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 社会保障卡（正面带照片）或身份证复印件粘贴处 |
| 参保类型 | 职工【 】 居民【 】 |
| 身份证号 |  |
| 患者联系电 话 |  |
| 工作单位 |  |
| 委 托 人 联系电话 |  |
| 居住地址 |  |
| 申报病种 |  | 申报人或委托人签字：年 月 日 |
| 附加病种 |  |
| 专家认定意 见 | 经审核，该同志符合张掖市基本医疗保险门诊慢特病  病种认定标准。专家签名： 审核日期： 年 月 日 |
| 医保经办机构备案意见（ | （签章）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；

2.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。