

门诊慢特病病种待遇认定申请表

门诊慢性病

门诊重特大疾病

认定机构名称（盖章）：

年 月 日

姓 名		性别		年龄		<input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 城乡居民医保
身份证 件号码				联系电话		
选择定 点医院				申请人签名		
申报病 种名称				医保编码		
病情 摘要						
医师 意见	医师签名： 年 月 日					
审批 意见	年 月 日					
备注						