附件

巴中市城乡居民医保“两病”申请认定表

认定医疗机构：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  |
| 参保地 |  | | | 联系地址 |  |
| 申报病种 | 高血压□ 糖尿病□ | | | 联系电话 |  |
| 简要病史及检查结果 | | | | | |
| 认定结果：  认定医师签章： 年 月 日 | | | | | |
| 认定医疗机构意见：  医疗机构（章）： 年 月 日 | | | | | |
| 医保机构意见：  年 月 日 | | | | | |

备注：1、本表一式三份，一份交患者，一份认定机构存档，一份医保机构存档。2、“两病”认定时间2019年12月份采取即时认定，次年1月1日起，按门诊慢性特殊疾病规定执行。