|  |
| --- |
| 巴中市医疗保险门诊慢特病申请（复查）表 |
| 申请人 | 　  | 性别 | 男 | 年龄 | 　　 　 |
| 身份证号码 | 　 | 联系 电话 |  |
| 参保单位（或户籍地） | 　  | 🞎 职工医保🞎 城乡居民医保 |
| 申报病种名称： |
| 认定结论：认定专家签字：  认定医疗机构签章：  年 月 日 |
| 注意事项：1、本表一式一份，用钢笔或签字笔填写，字体工整清楚。2、凡需抽血做实验室检查的患者，在检查前一天晚上进清淡饮食，检查当天抽血前不要进食。3、申请人须提供的相关资料：①有效病史资料，如：住院相关病历资料、门诊病历相关资料等（提供的复印件需由诊断医疗机构加盖印章）；②本人身份证复印件。 |