|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。 | | | | | |