海南省基本医疗保险门诊慢性特殊疾病认定表

（医保经办机构版）

申报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |   | 性 别 |   | 年 龄 |   | 人员类别 |   |  照 片  |
| 身份证号码 |   | 个人编码 |   |
| 家庭住址 |  省 市（县） 区 街道 社区 |
| 工作单位 |   | 联系电话 |   |
| 住院治疗医院 |   | 科 别 |  | 住院病案号 |   |
| 出院日期 |   | 申报疾病 |   |
| 申请门诊治疗医院 |   |
| 病情摘要： 病人（或家属）签名 主治医师签名： 年 月 日 |
| 医院医保办初审意见： （签 章）经办人签名： 负责人签名： 年 月 日 |
| 医保经办机构认定意见：（盖 章）经办人签名 负责人签名： 年 月 日 |

**填写说明：**1.申请人提供疾病证明、出院记录、相关检查及化验结果等；恶性肿瘤患者还应提供放、化疗方案。2.本表一式三份：医保经办机构、定点医疗机构、参保人各一份