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