枣庄市医疗保险门诊慢性病鉴定审批表

附件

慢性病证号：

|  |  |
| --- | --- |
| 姓名： | 身份证号： |
| 性别： | 年龄： | 电话： |
| 现住址： |
| 申报类别 □ 初次申请 □ 新增病种 |
| 本次申请病种情况： |
| 原慢病病种：医师： 医院（医保办章） 年 月 日 |
| □ 同意申请 □ 放弃申请 本人签字： 年 月 日 |
| 专家鉴定意见 | 鉴定意见:签字： 年 月 日 |
| 鉴定委员会结论 |  |
| 定点医疗机构： |

说明：上半部分内容由乡镇卫生院填写。