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。