|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **咸安区基本医疗保险门诊慢性病申报评审表** | | | | | |
| 医保类别： |  |  |  |  | 编号： |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 身份证号码 |  |
| 工作单位 |  | | | 联系电话 |  |
| 申报病种： | | | | | |
|  | | | | | |
|  |  |  |  |  | 年　　月　　日 |
| 专家委员评审依据： | | | | | |
| 专家委员评审结论： | | | | | |
|  |  |  |  |  | 签名： |
|  |  |  |  |  | 年　　月　　日 |
| 咸安区基本医疗保险专家委员会办公室意见： | | | | |  |
|  |  |  |  |  | （盖章）  年　　月　　日 |
| 填表说明： | | | | | |
| 1. 近三年二级（含二级）以上医疗机构住院病历资料复印件（包括必要的就医记录、特殊治疗记录或手术记录、化验检查报告单、功能检查报告单等，并由医院病案室审核盖章确认）。 | | | | | |
| 1. 每年３月份、９月份为申报时间；每年的４月份、10月份为评审时间。 | | | | | |