泰安市基本医疗保险门诊慢性大病

补助申请登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 |  | 险种 | | □职工医保  □居民医保 |
| 参保单位（社区、村） | |  | | | 社会保障号码  （或身份证号码） |  | | |
| 就医诊断疾病 | |  | | | | | | |
| 申请病种名称 | | |  | | | | 申请人签名：  年 月 日 | |
| 门诊定点医院名称 | | |  | | | |
| 定  点  医  疗  机  构  审  核  鉴  定  意  见 | 确诊病种名称：  并发症情况：  负责人签名或医疗保险办公室（科）盖章：  年 月 日 | | | | | | | |

1、本表申请人签名以上内容，由申请人在提交申办材料时现场填写。

2、医院成立鉴定机构的，由鉴定机构负责人签字，未成立鉴定机构的，由医院医疗保险办公室（科）盖章。

3、本表一式一份，由医疗保险办公室（科）留存。