杨凌示范区城镇职工基本医疗保险门诊特殊疾病鉴定审批表

编号： 申报时间：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | |  | 年 龄 |  | 照片 |
| 工作单位 |  | | | | 邮政编码 |  |
| 申请病种 |  | | | | | |
| 联系电话 |  | | 医保证号 | |  | |
| 通讯地址 |  | | | | | |
| 病情摘要：  主治医师：  年 月 日 | | | | | | | |
| 医院医保科意见：  负责人签字： （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 专家委员会鉴定意见：  鉴定专家签字： （盖章）  领导小组成员签字： 年 月 日 | | | | | | | |
| 鉴定领导小组意见：    负责人签字： （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 二级甲等以上医院专科主任或副主任以上医师的诊断意见及治疗方案：  签字：  年 月 日 | | | | | | | |