

# 济宁市基本医疗保险 门诊慢性病鉴定申请表

姓 名		性 别	□男□女	年 龄	
身份证号码					
参保单位 (居委会、学校)		参保类别	□职工 □居民		
申请定点 医院名称		联系电话			
病情简介	医师(签字): _____ 年 月 日				
申请病种	科主任(签字): _____ 年 月 日				
医院医保办 意 见	(盖章) 经办人(签字): _____ 年 月 日				
初审专家 意 见	专 家(签字): _____ 年 月 日				
复审专家 意 见	专 家(签字): _____ 年 月 日				

注：(1) 鉴定时需提供材料：患者本人的身份证或社保卡、二级以上医疗保险综合定点医院出具的住院病历（复印件）、门诊病历、相关检查检验报告单等。

(2) 申请病种请按照门诊慢性病种名称填写，有并发症的需注明，原有病种不需填写。