**江油市城镇职工基本医疗保险慢性病、重症疾病申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 年龄 |  | 身 份证 号 |  |
| 工 作 单 位 | |  | | | | 联系电话 | |  |
| 申 请 疾 病 | |  | | | |
| **病 历 摘 要**  **辅助检查：**  **诊 断：**  **医生签字（两个以上）：** | | | | | | | | |
| 医院意见 | | 医院公章 年 月 日 | | | | | | |
| 慢性病鉴定复审小组医生签字 | | 年 月 日 | | | | | | |
| 劳动和社保保障局意见 | | 年 月 日 | | | | | | |

注：将《江油市特定门诊慢性病、重症疾病注意事项及报销程序》一并下载。