**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。