附件2

绵阳市基本医疗保险门诊慢性病申报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | 年龄 |  | | 保险  类别 | | | 1.职工医保（ ）  2.城乡居民（ ） | |
| 身份证号 |  | | | | | | 联系电话 | | | |  | | |
| 单位或社区 |  | | | | | | | | | | | | |
| 申 报  病 种 | 一 |  | | | | | | 有效  时限 | | | | |  |
| 二 |  | | | | | | 有效  时限 | | | | |  |
| 申 报  资 料 | □1.门诊病情诊断证明书； □2.门诊病历本； □3.出院证明；  □4.一年以上五年以内诊治的检查单； □5.化验单；  □6.其它：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。 | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | 申请人  （签章）： | | | | | |  | | | 年 月 日 |
| 医 保  经办机构  意 见 | 新增　□  　续办　□　　　　　　前次办理门诊慢性病病种名称：  经办人：　　　　　　　　复核人：  （公章）  　　　　　　　　　审批时间：　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |

个人编码： 填报时间：　　年　　月　　日

注：1.本表一式二份，审核后一份由医保经办机构留存，一份由参保人留存。

2.所申报的资料在相应序号栏前用笔划“∨”。

3.此表由申请人在二级甲等及以上定点医院医保科（办），或参保地医保经办机构指定地点领取。

4.申报时需附相关病情证明材料；证明材料上需由我市二级甲等及以上医院2名指定医师联合签名，市外提供三级医院1名副主任及以上医师签名。

5.门诊慢性病在每年4-6月申报。