连云港市基本医疗保险

门诊慢性病待遇申报表

**申报病种：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性别** |  | **出生****日期** |  | **（照片）** |
| **身份证号** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **联系电话** |  |
| **参保类别** | **职工医保 □ 居民医保□** |
| **本人（家属）签字** |  |
| **以上内容由患者本人或监护人填写** |
| **申报医院** |  | **科室** |  |
| **简要病情** | **病情：****现用药品用法用量：**  |
| **经治医生** |  | **科主任** |  |
| **申报****医院****意见** |  **（医保办盖章）****医保办经办人： 年 月 日** |
| **经办****机构****意见** |  **（盖 章）** **经办人： 复核人： 年 月 日** |