杨凌示范区门诊特殊慢性病鉴定申请表

|  |
| --- |
| 编号： 申报时间： |
|  □职工医保 □城乡居民医保 |
| 姓 名 |  | 年龄 |  | 联系电话 |  |
| 医保编号 |  | 性别 |  | 身份证号 |  |
| 单位名称 |  |
| 通讯地址 |  |
| 申请病种 |  |
| 病情摘要 |  主治医师： 年 月 日 |
| 专家鉴定意 见 | 专家1： 年 月 日 | 专家2：  年 月 日 |
| 鉴定医院意 见 | 医保科负责人： 公 章：  年 月 日 |
| 申请人签 字 |  |

备注：1.此表一式两份，一份患者留存，一份由鉴定医院随档案资料留存。

2.“专家鉴定意见”一栏，需专家本人手写“通过”或“不通过”。