编号：

附件1：

**开发区城乡居民门诊慢性病评审申请表**

类型：新申报□　 　复审□

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　　名 |  | 性 别 |  | 照　片 |
| 身份证号码 |  | 出生日期 |  |
| 申报病种 |  |
| 选择定点医疗机 构 名 称 |  | 申 报 人联系电话 |  |
| 家庭住址 |  | 参保患者或家属签字 |  |
| 病情摘要：医师签字： （医院签章） 年　　月　　日 |
| 区城乡居民基本医疗保险中心意见：经审定，该同志符合周人社医疗[2016]13号文件规定的评审标准，同意享受　　　　　　　　　　　　　　　　　门诊慢性病待遇。 　（签章）年 　 月 　 日 |
| 备注： |

说明：1、编号有医保中心统一填写；2、定点医疗机构一经选择有效期内不得更改。