济宁市基本医疗保险
门诊慢性病鉴定申请表

<table>
<tr><td>姓　名</td><td></td><td>性 别</td><td>□男□女</td><td>年 龄</td><td></td></tr>
<tr><td>身份证号码</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">参保单位
（居委会、学校）</td><td></td><td colspan="2">参保类别</td><td>□职工　□居民</td></tr>
<tr><td colspan="2">申请定点
医院名称</td><td></td><td colspan="2">联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>病情简介</td><td colspan="5">医 师（签字）：　　年　月　日</td></tr>
<tr><td>申请病种</td><td colspan="5">科主任（签字）：　　年　月　日</td></tr>
<tr><td>医院医保办
意　　见</td><td colspan="5">（盖章）
经办人（签字）：　　年　月　日</td></tr>
<tr><td>初审专家
意　　见</td><td colspan="5">专 家（签字）：　　年　月　日</td></tr>
<tr><td>复审专家
意　　见</td><td colspan="5">专　家（签字）：　　年　月　日</td></tr>
</table>

注：（1）鉴定时需提供材料：患者本人的身份证或社保卡、二级以上医疗保险综合定点医院出具的住院病历（复印件）、门诊病历、相关检查检验报告单等。（2）申请病种请按照门诊慢性病种名称填写，有并发症的需注明，原有病种不需填写。