附表2：

**辽宁省驻沈省直机关事业单位基本医疗保险**

**新增门诊特慢病鉴定表**

No.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 　 名 | | | |  | 性别 | |  | | 贴  照  片 |
| 人员类别 | | | | 在职/退休 | 年龄 | |  | |
| 医保卡号 | | | |  | | | | |
| 身份证号 | | | |  | | | | |
| 单位电话 | | | |  | | 个人电话 | |  | |
| 特病治疗医院（选定后一年内不得更改） | | | | | | | |  | |
| 本次申报病种及合并症名称（需增项者标明已审批特病病种、治疗医院） | | | | |  | | | | |
| 体检医院初审意见      专家印章 医保办印章  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 体  检  记  录 | | 病史摘要：  查体记录  主要辅助检查报告结果  符合特病标准的病种及合并症诊断名称：  专家签章　　　　　专家签章  医保办印章    年 月 日 | | | | | | | |
| 审  批 | | 核定的特病病种：    　　　　　　省社保局审核印章  　　 年 月 日 | | | | | | | |
| 检查报告单粘贴处 | |