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 |