|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件 |  |  |  |  |  |
|  **医院梧州市重特大疾病住院医疗救助认定表**  |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 身份号码 |  | 联系电话 |  |
| 参保统筹区 |  |  医保险种 | □职工 □城乡居民 |
| 医疗救助标识 |  □ 特困人员 □ 低保人员（重残） |
|  □ 低保人员（其他） □ 低收入人员 |
| **病种类型（在认定病种后打√）** |
| 1.儿童先天性心脏病 □ | 11.急性心肌梗塞 □ |
| 2.各种恶性肿瘤 □  | 12.脑梗死（急性期） □ |
| 3.慢性病肾功能不全的肾透析 □ | 13.尘肺 □ |
| 4.器官移植后抗排斥免疫调节剂治疗 □ | 14.儿童苯丙酮尿症 □ |
| 5.重型和中间型地中海贫血 □ | 15.尿道下裂 □ |
| 6.血友病 □ | 16.人感染禽流感 □ |
| 7.耐多药肺结核 □ | 17.脑卒中 □ |
| 8.艾滋病机会性感染 □ | 18.慢性阻塞性肺气肿 □ |
| 9.重度听障儿童人工耳蜗植入 □ | 19.心脏手术治疗 □ |
| 10.重性精神病 □ | 20.颅内手术治疗 □ |
|  主诊医生意见： |
| 主诊医生签字： 年 月 日 |
| 医保科意见：  |
| 经办人签字： 医保科（盖章）  年 月 日 |
| 注：本表随病历存档 |