

# 济南市居民基本医疗保险门诊慢特病申请确认表

(第2版)

所属行政区: \_\_\_\_\_

申请日期: \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

姓名		性别		所属机构名称		由 申 请 人 根 据 实 际 情 况 填 写																							
居民身份证号码	<input type="text"/> <span style="float: right;">(必须填写18位)</span>																												
参保人住址																													
联系电话			是否异地	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否																									
首次申请 <input type="checkbox"/>			增加病种申请 <input type="checkbox"/>			实 际 情 况 填 写																							
申请病种名称																													
病种号码及名称	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">01 恶性肿瘤的治疗</td> <td style="width: 33%;">08 精神障碍</td> <td style="width: 33%;">16 糖尿病</td> </tr> <tr> <td>02 慢性肾衰竭（尿毒症期）的透析治疗</td> <td>09 苯丙酮尿症</td> <td>17 冠心病或脑梗塞安装血管支架的抗凝治疗（含冠状动脉旁路移植术后抗凝治疗）</td> </tr> <tr> <td>03 器官移植患者的抗排异治疗</td> <td>10 骨髓增生异常综合征</td> <td>18 慢性病毒性肝炎</td> </tr> <tr> <td>04 血友病</td> <td>11 重症肌无力</td> <td>19 肝硬化</td> </tr> <tr> <td>05 再生障碍性贫血</td> <td>12 肝豆状核变性</td> <td></td> </tr> <tr> <td>06 系统性红斑狼疮</td> <td>13 强直性脊柱炎</td> <td></td> </tr> <tr> <td>07 帕金森氏病及综合征</td> <td>14 结核病</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>15 高血压</td> <td></td> </tr> </table>						01 恶性肿瘤的治疗	08 精神障碍	16 糖尿病	02 慢性肾衰竭（尿毒症期）的透析治疗	09 苯丙酮尿症	17 冠心病或脑梗塞安装血管支架的抗凝治疗（含冠状动脉旁路移植术后抗凝治疗）	03 器官移植患者的抗排异治疗	10 骨髓增生异常综合征	18 慢性病毒性肝炎	04 血友病	11 重症肌无力	19 肝硬化	05 再生障碍性贫血	12 肝豆状核变性		06 系统性红斑狼疮	13 强直性脊柱炎		07 帕金森氏病及综合征	14 结核病			15 高血压
01 恶性肿瘤的治疗	08 精神障碍	16 糖尿病																											
02 慢性肾衰竭（尿毒症期）的透析治疗	09 苯丙酮尿症	17 冠心病或脑梗塞安装血管支架的抗凝治疗（含冠状动脉旁路移植术后抗凝治疗）																											
03 器官移植患者的抗排异治疗	10 骨髓增生异常综合征	18 慢性病毒性肝炎																											
04 血友病	11 重症肌无力	19 肝硬化																											
05 再生障碍性贫血	12 肝豆状核变性																												
06 系统性红斑狼疮	13 强直性脊柱炎																												
07 帕金森氏病及综合征	14 结核病																												
	15 高血压																												
定点医疗机构			经办人签字			鉴 定 情 况																							
鉴定专家意见	签名: _____ _____年 _____月 _____日																												
审核部门意见	(盖章) _____年 _____月 _____日																												

说明: 1. 本表中“所属机构名称”填写所属街道（镇）或所在学校名称，“参保人住址”大学生填写大学班级或宿舍住址；

2. 患有恶性肿瘤的治疗、慢性肾衰竭（尿毒症期）的透析治疗、器官移植患者的抗排异治疗、精神障碍、结核病、慢性病毒性肝炎及肝硬化，可选择定点医疗机构诊疗相应病种，每个病种对应的医疗机构不超过一家；上述参保人同时患有其他门诊慢性病的，可再选择一家定点医疗机构诊疗。