

# 泰州市医疗保险 慢性病种、特殊病种备案表

(由二级以上医保定点医院副主任以上医师填写)

参保单位名称:

姓名		性别		年龄		身份证号	
家庭住址						联系电话	
申报疾病	临床诊断					人员类别	
	病理诊断						
专家鉴定	主诉						
	病史						
	体格检查						
	特殊检查						
	专家诊断	医师签名 _____ 年 月 日					
备案意见	备案部门盖章 年 月 日						

注: 1、备案时请携带社保卡、相关门诊病历或出院记录的原件及复印件, 到医院医保办备案或医疗保险经办机构办理。

2、此表一式两份, 备案部门、参保人员各一份。请妥善保管。

3、此表自备案之日起生效, 仅作就医及结算之用, 不作其他任何证明材料。