

济南市居民基本医疗保险门诊规定病种申请确认表

参保人所属行政区：

年 月 日

姓名		性别		家庭住址		由申请人根据实际情况填写														
居民身份证号码	□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (必须填写18位)																			
人员类别	1、儿童学生及其他18岁以下居民： 普通 <input type="checkbox"/> 新生儿 <input type="checkbox"/> 低保 <input type="checkbox"/> 重度残疾 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 2、18岁以上非从业居民： 普通 <input type="checkbox"/> 低保 <input type="checkbox"/> 重度残疾 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>																			
参保人联系电话			所属单位（机构）名称																	
首次申请 <input type="checkbox"/>	增加病种申请 <input type="checkbox"/>	原门规证号		□□□□□□□□																
病种名称	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/>01 恶性肿瘤及白血病的治疗</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/>06 系统性红斑狼疮</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/>11 重症肌无力</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>02 器官移植的抗排异治疗</td> <td><input type="checkbox"/>07 再生障碍性贫血</td> <td><input type="checkbox"/>12 肝豆状核变</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>03 肾功能衰竭的透析治疗</td> <td><input type="checkbox"/>08 精神病</td> <td><input type="checkbox"/>13 强直性脊柱炎</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>04 帕金森氏病及综合征</td> <td><input type="checkbox"/>09 苯丙酮尿症</td> <td><input type="checkbox"/>14 结核病</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>05 血友病</td> <td><input type="checkbox"/>10 骨髓增生异常综合征</td> <td></td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> 01 恶性肿瘤及白血病的治疗	<input type="checkbox"/> 06 系统性红斑狼疮	<input type="checkbox"/> 11 重症肌无力	<input type="checkbox"/> 02 器官移植的抗排异治疗	<input type="checkbox"/> 07 再生障碍性贫血	<input type="checkbox"/> 12 肝豆状核变	<input type="checkbox"/> 03 肾功能衰竭的透析治疗	<input type="checkbox"/> 08 精神病	<input type="checkbox"/> 13 强直性脊柱炎	<input type="checkbox"/> 04 帕金森氏病及综合征	<input type="checkbox"/> 09 苯丙酮尿症	<input type="checkbox"/> 14 结核病	<input type="checkbox"/> 05 血友病	<input type="checkbox"/> 10 骨髓增生异常综合征	
<input type="checkbox"/> 01 恶性肿瘤及白血病的治疗	<input type="checkbox"/> 06 系统性红斑狼疮	<input type="checkbox"/> 11 重症肌无力																		
<input type="checkbox"/> 02 器官移植的抗排异治疗	<input type="checkbox"/> 07 再生障碍性贫血	<input type="checkbox"/> 12 肝豆状核变																		
<input type="checkbox"/> 03 肾功能衰竭的透析治疗	<input type="checkbox"/> 08 精神病	<input type="checkbox"/> 13 强直性脊柱炎																		
<input type="checkbox"/> 04 帕金森氏病及综合征	<input type="checkbox"/> 09 苯丙酮尿症	<input type="checkbox"/> 14 结核病																		
<input type="checkbox"/> 05 血友病	<input type="checkbox"/> 10 骨髓增生异常综合征																			
定点医疗机构																				
申请人（或监护人）签字																				
认定病种名称：		专家意见：				鉴定情况														
_____ _____ _____ _____		签名：_____ 年 月 日																		
					(盖章)	审核部门意见														
					年 月 日															

说明：1、本表一式两份。

2、本表中“所属单位（机构）”名称是指所在学校或所属街道（镇）名称。

3、如有精神病、结核病且又有其他门规病种的可以选择一所综合医院及一所专科医院，其他门规病种只能选择一个定点医院。