|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **门诊慢特病病种待遇认定申请表** | | | | | | | |
|
|
| 姓名 |  | 性别 |  | □新鉴定  □延期审核 | | □职工医保  □城乡居民医保 | 照片 |
|
| 身份证件号码 |  | | | 联系电话 |  | |
| 家庭住址 |  | | | 申请人签名 | 年 月 日 | |
| 申请鉴定病种及依据 |  | | | | | | |
| 确诊病种 | 鉴定医师签名：  年 月 日 | | | | | | |
| 专家组意见 | 专家组长签名：  年 月 日 | | | | | | |
| 鉴定领导小组审核意见 | **年 月 日** | | | | | | |
|
| 备注 |  | | | | | | |