|  |
| --- |
| **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 |  |