**重庆市渝北区城镇职工医疗保险特殊疾病门诊申报表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 联系电话 |  | 近期1寸免冠照片 |
| 社保卡号 |  | 身份证号 |  |
| 申报特殊疾病病种 |  |
| 参保人员类型 | 职工基本医疗保险 🞎个人身份基本医疗保险一档 🞎个人身份基本医疗保险二档 🞎 |
| 本人选定就诊医院 |  |
| 病情介绍 | 申报人（或委托人）签字： 年 月 日 |
| 诊断意见 | 医生签字： 年 月 日 |
| 鉴定结论 | 主检医生签字： 鉴定医院（盖章） 年 月 日  |
| 社会保险经办机构意见 | 经办人员签字： 经办机构（盖章） 年 月 日 |

备注：1.可在居住地就近分别选择1所二级医院和1所一级医院作为本人特殊疾病特殊疾病门诊定点就诊医院，重大疾病患者可选换1所三级医院，患3种以上特殊疾病的可增加1所医院；2.一年内不得变更点医院，变更当月不能在原特殊疾病就诊医院产生费用；3.“诊断意见”一栏要明确疾病的名称、分期、分型及并发症等；4.鉴定结论一栏填定“同意申报\*\*病种”、“不同意申报\*\*病种”并加盖医保科鲜章。

渝北区人力资源社会保障服中心 地址：重庆市渝北区桂馥大道10号 电话：(023)67821165