**省级医疗保险参保人员门诊特殊疾病申报表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 | |  | | 职别 |  | | | 联系 电话 | |  | | | |
| 单位 名 称 |  | | | | | 单位 性 质 | | 公务员口 事业单位参加公务员补助口 参照公务员口 事业单位未参加公务员补助口 | | | | | | | | | |
| 身份 证 号 |  | | | | 是否需要  委托办理 | | 是口 否口 | | | 代办人 | | |  | | | 资料  张数 |  |
| 原有已鉴定通过门 诊特殊疾病名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本次 申拫 鉴定 疾病 名 称 |  | | 本次 鉴定 通过 疾病 名 称 |  | | | | | 专家1 | |  | | | 专家2 |  | | |
| 鉴定  时间 | |  | | | 鉴定  时间 |  | | |
|  | |  | | | | | 专家1 | |  | | | 专家2 |  | | |
| 鉴定  时间 | |  | | | 鉴定  时间 |  | | |
|  | |  | | | | | 专家1 | |  | | | 专家2 |  | | |
| 鉴定  时间 | |  | | | 鉴定  时间 |  | | |
|  | |  | | | | | 专家1 | |  | | | 专家2 |  | | |
| 鉴定  时间 | |  | | | 鉴定  时间 |  | | |
|  |  | 受理人 |  | | | 医院医保办盖章 | | | | | 年 月 日 | | | | | | |
| 陕西省医疗保险管 理中心确认 | |  | | | |

说明：1.表中深色区域由申报人或代办人填写；

1.未通过鉴定原因由鉴定专家在下列选项中选择（也可在括号中备注〉：①申拫资料不全口；②资料超时（限三年内的住院和门诊资料）口；③检查报告单意见达不到诊断标准口；④其他原因；

3.通过鉴定者申报材料将存档，不予退还。