附件1

**营口市基本医疗保险门诊特殊慢性病Ⅰ类病种申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 |  | 出生日期 | | 年 月 日 | 照  片 |
| 职工医保（ ） | | | | | | 居民医保（ ） | | |
| 提交病历医院 | | |  | | | 病历编号 | |  |
| 身份证号码 | | |  | | | | | | |
| 参保地区 | | | 市本级（ ）开发区（ ）盖州（ ）大石桥（ ）老边（ ） | | | | | | |
| 联系电话 | | |  | | | | | | |
| 申报病种（仅限一种） | | | | | | |  | | |
| 门  诊  特  殊  慢  性  病  I  类  病  种 | | 1. 高血压病Ⅲ期（重度） 2. 糖尿病(1、2型) 3. 冠心病（包括心绞痛和陈旧性心肌梗死） 4. 脑血管疾病（脑出血、脑血栓、脑栓塞） 5. 肝硬化 6. 甲状腺功能亢进 7. 甲状腺功能减退症 8. 慢性肾脏病 9. 类风湿性关节炎 10. 风湿性心脏病 11. 支气管哮喘 12. 强直性脊柱炎 | | | | | | | |
| 参保人： 代理人：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 专 家 评 审 意 见 | | 年 月 日 | | | | | | | |