

兰州市城镇基本医疗保险特殊疾病长期门诊申请表

姓 名		性别		年龄		人员类别	<input type="checkbox"/> 职工 <input type="checkbox"/> 居民
所属 县（区）	县（区）		镇（街道）		社区	社会保障卡号	
身份证号码				申请人联系电话			
申报病种名称	<input type="checkbox"/> *恶性肿瘤放疗 <input type="checkbox"/> *恶性肿瘤膀胱灌注化疗 <input type="checkbox"/> *乳腺癌或前列腺癌内分泌治疗 <input type="checkbox"/> *抗肿瘤药物治疗及相关检查 <input type="checkbox"/> *器官移植抗排斥治疗 <input type="checkbox"/> *慢性肾衰竭透析治疗 <input type="checkbox"/> *慢性肾衰竭（非透析阶段） <input type="checkbox"/> *糖尿病伴慢性并发症 <input type="checkbox"/> *原发性高血压（伴合并症） <input type="checkbox"/> *类风湿性关节炎（活动期） <input type="checkbox"/> *慢性活动性病毒性肝炎、肝硬化（失代偿期） <input type="checkbox"/> *血友病 <input type="checkbox"/> *再生障碍性贫血 <input type="checkbox"/> *肝豆状核变性 <input type="checkbox"/> *癫痫 <input type="checkbox"/> *精神分裂症 <input type="checkbox"/> *脑血管意外（脑出血、脑梗塞）后遗症期（初次发病半年后） <input type="checkbox"/> *强直性脊柱炎 <input type="checkbox"/> 重症帕金森氏病 <input type="checkbox"/> 心境障碍 <input type="checkbox"/> 冠心病介入治疗术后 <input type="checkbox"/> 慢性心力衰竭（除外肺心病所致） <input type="checkbox"/> 心瓣膜置换术后抗凝治疗 <input type="checkbox"/> 慢性肺源性心脏病 <input type="checkbox"/> 支气管哮喘（急性发作期） <input type="checkbox"/> 重型系统性红斑狼疮 <input type="checkbox"/> *苯丙酮尿症（城镇职工可申办除苯丙酮尿症外的所有病种，城镇居民可申办带*的病种）						
申报资料	<input type="checkbox"/> 住院病历	出院时间：				就诊医院：	
	<input type="checkbox"/> 体检	体检时间：				体检医院：	
就诊定点医院机构医保办意见	<div style="text-align: right;">盖章</div> <div style="text-align: right;">年 月 日</div>						
县（区）医保经办机构专家审核意见	<div style="text-align: right;">签字：年 月 日</div>						
县（区）医保经办机构意见	<div style="text-align: right;">盖章：年 月 日</div>						
市医保经办机构专家审核意见	<div style="text-align: right;">签字：年 月 日</div>						
市医保经办机构审核部门意见	<div style="text-align: right;">签字：年 月 日</div>						