**甘肃省省直机关事业单位参保人员医疗保险特殊疾病门诊补助申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性别** |  | **出生年月** | | |  | **身份证号码** |  |
| **工作单位** |  | | | | | | | **职务职称** |  |
| **人员类别** |  | **医疗照顾类别** | | |  | | | **社会保障卡号** |  |
| **申报病种** |  | | | | **其他特殊疾病** |  | | | |
| **单位意见** | **（盖章）**  **年 月 日** | | | | | | | | |
| **病历摘要及主要临床指症** |  | | | | | | | | |
| **专家意见** | **专家签字： 年 月 日** | | | | | | | | |
| **复查结果** | **（复查医院盖章）**  **年 月 日** | | | | | | | | |
| **评定结果** | **（盖章）**  **年 月 日** | | | | | | | | |