基本医疗保险参保人员享受规定

（特殊慢性）病种待遇备案表

备案编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 社会保障号码（身份证号码） |  | 联系电话 |  |
| 疾病诊断 |  | | | | |
| 门诊治疗  建议 | 医师签名：  年 月 日 | | | | |
|
|
| 定点医疗机构意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | |
|
|
| 备案就诊医院（根据参保地政策选填） |  | | | | |