|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | |  | | 身份证号 |  | | |
| 参保人联系电话 |  | 通讯地址 | | | |  | | | |
| 单位名称 |  | | | | 联系人及电话 | | |  | |
| 首次申请 □ | | | | | 增加病种申请 □ | | | | |
| 病种名称 | □恶性肿瘤的放化疗及相关治疗 | | | | | | | | |
| □尿毒症患者透析治疗 | | | | | | | | |
| □器官移植后抗排异治疗 | | | | | | | | |
| □精神病  □黄斑病变（老年黄斑变性）  □多发性硬化症 | | | | | | | | |
| 申请人签字 |  | | 经治医生签字 | | | | | |  |
| 医院医保办意见：  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 本表一式两份，协议管理医疗机构留存一份，省社保局（传真82920229）一份。 | | | | | | | | | |

附件3

省直医疗保险门诊大病资格备案确认表（驻济联网人员）

备案日期： 备案编号