|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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