朔州市平鲁区门诊慢性病申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照  片 |
| 出生年月 |  | 身份证号 |  |
| 联系电话 |  | 社保卡号 |  |
| 申 请  理 由 | 申请人签字： 年 月 日 | | | |
| 鉴 定  专家组  意 见 | 经审查，符合朔州市平鲁区门诊慢性病种和确定标准。  鉴定专家签字： 年 月 日 | | | |
| 医保经办  机构意见 | 经办机构（公章）  年 月 日 | | | |