附件5

城乡居民基本医疗保险特殊病慢性病认定表

单位： 编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性别** |  | | **年龄** | |  |
| **医保卡（证）号** |  | | | | | | |
| **家庭住址** |  | | | **联系电话** | |  | |
| **认定病种** |  | | | | | | |
| **专家认定意见** | 签名：  年 月 日 | | | | | | |
| **认定**  **结论** | 根据专家认定意见，经研究， 同志自201 年 月 日起享受特殊病、慢性病门诊补助待遇。    年 月 日 | | | | | | |