楚雄州基本医疗保险参保人员

特殊病慢性病申报表

登记号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 年龄 |  | | 险种 | 职工□ 居民□ | |
| 单位名称 | |  | | | | | | | | 贴照片处 |
| 身份证号码 | |  | | | | | | | |
| 个人编码 | |  | | | | | | | |
| 联系电话 | |  | | | | | | | |
| **申报病种** | |  | | | | | | | | |
| 已办特殊病、慢性病病种 | | | |  | | | | | | |
| 本人承诺提供资料真实。  申报人签字：  年 月 日 | | | | | | | 医保备案登记：  签字或盖章  年 月 日 | | | |
| 医院诊断证明书（原件）粘贴处： | | | | | | | | | | |