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： |