

附件 2：本溪市医疗保险“两病”患者门诊医保待遇认定表

姓 名		性 别		年 龄		医保证号	
身份证号						联系电话	
家庭住址						参保类别	
监护人姓名		联系电话				本人（或监护人）签字	
申请病种	□糖尿病；□高血压						
以上内容由患者本人或监护人填写							
诊断确诊病种							
简要病情	病情： 现用药品用法用量： 专业医师签名_____ 年 月 日						
诊断确诊医院意见： 相关科室盖章： 年 月 日							

注：1.此表一式三份，“两病”诊断确诊医院、“两病”定点就医医疗机构和患者本人各一份。

2.此表应由指定的“两病”诊断确诊医院出具，专业医保医师根据申请人就医资料和现场检查签署意见，并经“两病”诊断确诊医院相关科室（医保办或门诊科室）盖章。

3.“两病”患者将本表报送至定点就医医疗机构存档，同时，应携带申请人近一年内相关病历、检查检验报告单复印件等资料。