|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **甘肃省省直机关事业单位职工医疗保险特殊疾病门诊补助申请表** | | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 身份证号码 |  |
| 工作单位 |  | | | | | 职务职称 |  |
| 人员类别 |  | 医疗照顾类别 | |  | | 社会保障卡号 |  |
| 申请病种 |  | | | 其它特殊病种 | |  | |
| 单位意见 | （盖章） 年 月 日 | | | | | | |
| 病历摘要 及主要临 床指症 |  | | | | | | |
| 专家意见 |  | | | 专家签字： | | | 年 月 日 |
| 复查结果 | （复查医院盖章） 年 月 日 | | | | | | |
| 评定结果 | （盖章） 年 月 日 | | | | | | |