

## 附件 2

### 曲靖市基本医疗保险门诊特殊病慢性病病种确认备案表

编号：

姓名		性别		年龄	
单位名称		医保卡号			
身份证号码		电话			
申报病种		确认医 院名称			
特殊病、慢性病选点 医药机构名称					
确认依据 (简述相关检查结果)	主治医生签名：  <div style="text-align: right;">年 月 日</div>				
确认病种意见	主治医生签名：                      科(室)主任签名：  <div style="text-align: right;">年 月 日</div>				
医院审核意见	负责人：                      医院公章：  <div style="text-align: right;">年 月 日</div>				