附件、

**营口市基本医疗保险门诊规定Ⅰ类病种申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 |  | 出生日期 | | 年 月 日 | 照  片 |
| 职工医保（ ） | | | | | | 居民医保（ ） | | |
| 提交病历医院 | | |  | | | 病历编号 | |  |
| 身份证号码 | | |  | | | | | | |
| 联系电话 | | |  | | | | | | |
| 申报病种（仅限一种） | | | | | | |  | | |
| 门  诊  I  类  病  种 | | 1、高血压病Ⅲ期（合并并发症）  2、糖尿病（Ⅰ糖尿病、Ⅱ型合并并发症）  3、冠心病（心肌梗死、心绞痛）  4、脑血管疾病（脑出血、脑梗死后遗症）  5、肝硬化 6、甲状腺功能亢进  7、慢性肾脏病（非透析治疗） 8、类风湿性关节炎  9、风湿性心脏病 10、支气管哮喘  11、肺结核 12、慢性病毒性乙型肝炎  13、精神疾病（精神分裂症、抑郁症、躁狂症、双相障碍、强迫症）  14、甲状腺功能减退症 15强直性脊柱炎  16外周血管介入治疗 | | | | | | | |
| 参保人： 代理人：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 专 家 评 审 意 见 | | 年 月 日 | | | | | | | |
| 营口市医保中心意见 | | 年 月 日 | | | | | | | |
| 医疗保障部门意见 | | 年 月 日 | | | | | | | |