

附件 1

河南省省直基本医疗保险参保人员门诊慢性病申请表

姓 名		性 别		年 龄		身份证号	
工作单位						填报医疗机构（盖章）	
申请病种							
病历摘要：							
医师签名：_____							
年 月 日							
申请人（签字）：							
年 月 日							

注：1、此表由省直门诊慢性病定点医疗机构副主任以上医师根据申请人就医资料填写病情摘要、签名。

2、此表只能填报一个病种，填报两个及以上病种的，视为无效申报。