|  |
| --- |
| **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 |