**省直参保人员门诊特殊疾病鉴定（复申）申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 | 年月日 |
| 家庭地址 |  | 医疗保险号 |  |
| 工作单位 |  | 联系电话 |  |
| 申请病种名称： |
| 医疗机构诊断结论：科室主/副主任医师：（诊断医院盖章）年月日年月日 |
| 申请门诊定点医院名称：本人签名： | 定点医院意见：（门诊定点医院盖章）年月日 |
|  |  |  |  |  |  |  |

注： 1、参保人员患有下列疾病的，可提出申请，填写申请表。

高血压病、冠心病、心功能不全、脑出血（脑梗死）、原发性肺动脉高压、慢性阻塞性肺疾病、支气管哮喘、溃疡性结肠炎、克罗恩病、肝硬化、慢性乙型病毒性肝炎、慢性丙型病毒性肝炎、自身免疫性肝病、糖尿病、甲状腺功能亢进、慢性肾脏病、肾病综合征、肾透析、类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮、强直性脊柱炎、白塞氏病、系统性硬化病、重症肌无力、运动神经元病、多发性硬化、癫痫、帕金森病、老年痴呆、精神障碍、结核病、艾滋病机会感染 、湿性年龄相关性黄斑病变、银屑病、心脏瓣膜置换或血管支架植入术后、器官移植术后、肝豆状核变性、血友病、再生障碍性贫血、慢性髓系白血病、恶性肿瘤、甲状腺功能减退、免疫性血小板减少性紫癜、晚期血吸虫病、白癜风、肌萎缩、弥漫性结缔组织病、心脏冠脉搭桥术后、心脏起搏器植入术后、淋巴瘤、多发性骨髓瘤、骨髓增生异常综合征、骨髓增生性疾病

2、鉴定为门诊特殊疾病病种后，选择一家门诊定点医院。

3、每年1月份可以变更1次门诊特殊疾病定点医疗机构。

安徽省医疗保障基金管理中心 2019年8月印制