附件4

城乡居民基本医疗保险特殊病慢性病申报表

单位（盖章）： 　编号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  | 半寸近照彩色免冠 |
| 医保卡（证）号 |  | 申报病种 |  |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 病史陈述 | 申报人签名：年 月 日 |
| 检查诊断意见 | 主治医师签名： 年 月 日  |
| 医院审核意见  |  负责人： 医院公章 ：年 月 日 |
| 注：确定申报病种时，在申报病种栏内按编号填写*。***特殊病：**01恶性肿瘤（包括各种癌症、肉瘤、淋巴瘤、多发性骨髓瘤、黑色素瘤、生殖细胞瘤、白血病、及其他需要放、化疗的颅内肿瘤），02慢性肾功能衰竭（尿毒症）（包括血透、腹透、CRRT治疗），03器官移植（包括肾移植、肝移植、血液系统疾病的骨髓移植和干细胞移植、心肺移植），04系统性红斑狼疮，05再生障碍性贫血（包括遗传性球型红细胞增多症、自身免疫性溶血性贫血、地中海贫血），06精神分裂症及双相情感障碍症，07帕金森氏病，08血友病，09儿童生长发育障碍（生长激素缺乏症），010小儿脑瘫，011重症肌无力（包括肌营养不良症、运动神经元疾病），012儿童免疫缺陷病。**慢性病：**01儿童支气管哮喘，02儿童注意力综合缺陷症，03冠心病，04糖尿病，05原发或继发性高血压II~III期，06甲状腺机能亢进，07甲状腺机能减退，08癫痫，09原发性青光眼。 |