|  |
| --- |
| **慢性病鉴定申请表** |
| 姓名 | 　 | 性别 | 　 | 年龄 | 　 | （2寸免冠蓝底照片） |
| 联系电话 | 　 | 家庭住址 | 新兴区□ 桃山区□茄子河区□ |
| 申请慢性疾病名称 | 　 |
| 单位名称 | 　 |
| 单位联系电话 | 　 | 人员类别：   | 1.城镇职工：在职□ 退休□2.城乡居民□ |
| 申报材料：1.病历原件（ ）2.身份证复印件（ ）3.检查报告单（ ） | （身份证复印件粘贴处） |
|
|
|
| 申报慢性病确认栏 | 申请鉴定慢性病名称选择（请在□内打√单项选择）□1.高血压（Ⅲ期以上）□2.风湿性心脏病（心功能不全3级以上）□3.肺源性心脏病（慢性心力衰竭）□4.冠心病（心功能不全3级以上）□5.脑血管病后遗症（合并肢体功能障碍）□6.肝硬化失代偿期□7.慢性肾功能不全（Ⅲ期以上）□8.糖尿病合并症□9.再生性障碍性贫血□10.类风湿性关节炎（有严重肢体功能障碍）□11.系统性红班狼疮□12.严重精神障碍疾病□13.活动性结核病□14.房颤□15.慢性阻塞性肺疾病□16.艾滋病 |
|
|
|
|
|
| 检查情况填写 | 体格检查： | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 实验室检查及辅助检查报告单： |  |  |  | 　 |
|  |  |  |  |  |  |  | 　 |
| 检查医院盖章 |  |  | 医生签章 |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 年　　月　　日 | 　 |
| 专家组鉴定意见： | 　 | 　 | 　 | 　 |  |
| 鉴定专家签字： |  |  |  |  |  |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 年　　月　　日 |  |
| 经办机构意见 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |
| 　 |  |  |  | （经办机构盖章） |  |  |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 年　　月　　日 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 注意事项：1、申请慢性病需提交身份证复印件、住院病历原件；2、必须按规定范围内病种申报填写，申报资料真实有效；3、如有重要资料，请自行复印留存，资料提交后不予退还；4、填表请用钢笔、碳素笔，字迹工整。

|  |
| --- |
| **七台河市城职工基本医疗保险门诊慢病最高支付限额** |
| **序号** | **疾病名称** | **最高支付限额/年（元）** |
| 1 | 糖尿病合并症 | 2000 |
| 2 | 高血压（Ⅲ期以上） | 2000 |
| 3 | 严重精神障碍疾病 | 2000 |
| 4 | 风湿性心脏病（心功能不全3级以上） | 800 |
| 5 | 肺源性心脏病（慢性心力衰竭） | 800 |
| 6 | 冠心病（心功能不全3级以上） | 800 |
| 7 | 脑血管病后遗症（合并肢体功能障碍） | 1200 |
| 8 | 肝硬化失代偿期 | 2000 |
| 9 | 慢性肾功能不全（Ⅲ期以上） | 800 |
| 10 | 再生性障碍性贫血 | 800 |
| 11 | 类风湿性关节炎 | 1000 |
| 12 | 系统性红斑狼疮 | 800 |
| 13 | 活动性肺结核 | 800 |
| 14 | 房颤 | 800 |
| 15 | 慢性阻塞性肺疾病（慢性心力衰竭） | 800 |
| 16 | 艾滋病 | 2000 |

|  |
| --- |
| **七台河市城乡居民基本医疗保险门诊慢病最高支付限额** |
| **序号** | **疾病名称** | **标准额度/年（元）** |
| 1 | 糖尿病合并症 | 500 |
| 2 | 高血压（Ⅲ期以上） | 500 |
| 3 | 严重精神障碍疾病 | 200 |
| 4 | 风湿性心脏病（心功能不全3级以上） | 200 |
| 5 | 肺源性心脏病（慢性心力衰竭） | 200 |
| 6 | 冠心病（心功能不全3级以上） | 200 |
| 7 | 脑血管病后遗症（合并肢体功能障碍） | 200 |
| 8 | 肝硬化失代偿期 | 200 |
| 9 | 慢性肾功能不全（Ⅲ期以上） | 200 |
| 10 | 再生性障碍性贫血 | 200 |
| 11 | 类风湿性关节炎 | 200 |
| 12 | 系统性红斑狼疮 | 200 |
| 13 | 活动性肺结核 | 200 |
| 14 | 房颤 | 200 |
| 15 | 慢性阻塞性肺疾病（慢性心力衰竭） | 200 |
| 16 | 艾滋病 | 200 |

 |
|