|  |
| --- |
| 附件1**第十师北屯市居民高血压糖尿病认定表**填表时间： 年 月 日 |
| 个人信息 | 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 参保单位 |  |
| 社会保障号 |  | 联系电话 |  |
| 申报病种 | 第一种 |  | 医疗机构名称 |  |
| 第二种 |  | 医疗机构名称 |  |
| 医院意见 | 经办医师签字： 年 月 日  | 医疗机构医务科复核意见（印章）： （一级医院由主管院领导复核）：复核人： 年 月 日 |
| 医医保经办机构意见  | 医保经办机构审核意见（印章）：  年 月 日  |
| 备注 | 1.认定机构应本着实事求是原则，对参保人员出具的诊断证明、诊断报告等医学资料的真实性负责；2.此表一式二份，由认定医疗机构、医保经办机构各留存一份备查。 |