附件2

|  |
| --- |
| 淄博市基本医疗保险其他疾病医疗康复申请表 |
| 姓 名 | 　 | 性别 | 　 | 年龄 | 　 | 病案号 |  |
| 身份证号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　　 |
| 疾病诊断 | 　 | ICD－10疾病分类编码 | 　 |
| 医疗康复治疗的理由 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 　 | 　经治医生（签名）： 年 月 日 |
| 康复机构意见： | 医疗康复专家组意见： | 医保经办机构意见： |
|  | （盖章） | 　 （盖章） |   （盖章） |
|  年 月 日 | 　 年 月 日 | 　 年 月 日 |
| 填表须知： |
| 1、填完此表上报材料时，需同时提供身份证复印件1张及相关病历复印件1份。 |
| 2、医疗康复治疗的理由，包括参保人所患疾病病情描述、治疗经过、需要做的康复项目以及预期达到的治疗目的等。 |