

附件2

长治市XX县（区）肇事肇祸等严重精神障碍患者医疗保障管理台账

序号	姓名	性别	年龄	身份证号	现住址	监护人姓名	与患者关系	联系方式	参保情况		是/否办理精神 疾病门诊特殊慢 性病
									城镇职工	城乡居民	
1											
2											
3											
4											
5											
...											

备注：1、请根据患者实际参保情况，在城镇职工或城乡居民对应项里打“√”未参保的不填。
2、慢性病办理情况填“是”或“否”。
3、城乡居民参保情况以年度正常缴费为准。