门诊慢特病病种待遇认定申请表 (样表)

门诊慢性病 □

门诊重特大疾病 □

认定机构名称(盖章)： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | □ 职工医保  □ 城乡居民医保 |
| 身份证 件号码 |  | | | 联系电话 |  | |
| 选择定 点医院 |  | | | 申请人签名 |  | |
| 申报病 种名称 |  | | | 医保编码 |  | |
| 病情  摘要 |  | | | | | |
| 医师  意见 | 医师签名：  年 月 日 | | | | | |
| 审批  意见 | 年 月 日 | | | | | |
| 备注 |  | | | | | |