附件1

特病单议申请核准表

申请单位（盖章）： 日期： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 申请单位情况说明 | 申请特病病例基本情况：  申请理由：  申请科室负责人：  医疗机构医保负责人： |
| 医保经办机构  初审意见 | 申请科室负责人：  经办机构负责人签字（盖章）：  年 月 日 |
| 医药服务管理科  审核意见 | 年 月 日 |
| 审批意见 | |
| 局分管负责人意见 | 年 月 日 |
| 局主要负责人意见 | 年 月 日 |

备注：除疑难危重病人单次住院医疗总费用超过同病种次均费用4倍以上（含4倍）、之外的需核准可申请特病单议其他情况病例需填报该表。