

长沙市门诊慢特病待遇资格认定申请表

姓名		性别		年龄		申请时间	
身份证件号码						联系电话	
☐ 初次申请		☐ 到期复审		☐ 职工 ☐ 居民		医保区划	
申请病种情况		1、申请慢特病病种：_____并发病（合并症）_____					
		2、诊断依据：					
		3、治疗情况（用药方案）：					
		医师签名：_____					
受理意见		以上资料已核实，真实有效。 受理机构名称：_____				☐ 同意受理 ☐ 不同意受理 （盖 章） 年 月 日	
初审意见		☐ 初审通过 _____ ☐ 初审不通过 不通过原因：_____					
		初审医疗机构： （盖 章） 年 月 日					
复核意见		专家复核意见：_____					
		专家 1 签名：_____ 专家 2 签名：_____					
		年 月 日					
		复核不通过原因：_____					

注：异地住院人员由当地医院的主治医生填表，医院医保科盖章，每月 15 日前递交申请资料至参保属地的医保经办窗口（长沙市本级、湖南湘江新区、芙蓉区、开福区、天心区、雨花区参保人员资料交至长沙市政务服务中心医保经办窗口，其他区县（市）参保人员资料交至参保属地医保经办窗口）。

信用承诺书

本人保证提供资料为本人看病就医资料真实合法有效，如有弄虚作假行为，本人愿意承担由此产生的后果及应承担的法律责任。

申请人签名：

年 月 日