附件1

湖北省单独支付药品用药申请表

申 请 日 期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 年龄 | |  | |
| 身份证号 |  | | 参保属地 | | 市 |  | | 区（县、市） |
| 参保类别 | □ 职工医保 | □ 居民医保 □ 其他 | | | | | | |
| 家庭住址 |  | | 联系电话 | |  | | | |
| 双通道定点  医疗机构 |  | | 双通道定点  零售药店 | |  | | | |
| 申请人（患者本人）签字 | | |  | | | | | |
| **以上内容由患者本人或监护人填写** | | | | | | | | |
| 疾病诊断 |  | | | | | | | |
| 申请使用  单独支付  药品名称 |  | | | | | | | |
|  | 申请依据： |  | | | |  | |  |
| 双通道定点医疗机构  意见 | 是否符合医保限定支付范围： 治疗方案（用法用量）： | □ 是 □ 否 | | | |  | |  |
|  | 复查评估周期： | 下一次复查评估日期： 年 | | | | 月 | | 日 |
|  | 责任医师签章： | 医院医保管理部门盖章： | | | |  | | 年 月 日 |

注：1、本表一式三份，申请人、双通道定点医疗机构和医保经办机构各持一份，妥善保存备用。

2、单独支付药品用药资格备案需提供的材料：申请表、相关病历资料或检查资料、医保电子凭证或有效身份证件或社保卡。