附件

门诊慢特病病种待遇认定申请表

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | □职工医保  □城乡居民医保 | |
| 证件类型 |  | 证件号码 |  | | 联系电话 | |  |
| 参保地区 |  | | | | | | |
| 选择定点医院 |  | | | 申请人签名 |  | | |
| 说明: 中国医疗保障协会门诊慢特病病种名称（代码） |  | | | | | | |
| （可添加） | | | | | | |
| 申报病种情况（符合诊断标准项目） | 医师签名：  认定机构名称（盖章）：  年 月 日 | | | | | | |
| 审批  意见 |  | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | |

填表须知：

1.此表适合对象为：恶性肿瘤（含白血病）门诊治疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗、重性精神病人药物维持治疗、糖尿病胰岛素治疗、肺结核的参保患者。

2.此表由个人填写，到二级及以上医保定点医疗机构进行诊断，由该院具有副高及以上技术职称的一线临床医师签字、并经该院医疗保险管理部门盖章确认。