

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 |  |
| 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 |  |