

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 |  | | | | | | |