门诊特定病种待遇认定申请表

医疗机构名称：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 身份证件号码 |  | 人员类别 | □职工医保□城乡居民医保 |
| 申请科室 |  | 科室电话 |  |
| 门特病种名称 |  | 医保编码 |  |
| 病情摘要及诊断 | 患者病史（或手术史）：疾病诊断：医师签名： 年 月 日 |
| 诊疗方案及项目构成 | 用药方案：治疗方案：检查项目：医师签名： 年 月 日 |
| 有效期限 | 年 月 日至 年 月 日 |
| 上级医师签名 |  | 医院医保办意见（盖章） |  |
| 参保人签名 |  | 参保人联系电话 |  |
| 备注 |  |

说明：1.病情摘要须填写主诉、现病史、体格检查、辅助检查等确诊资料；

2.项目构成必须符合医保政策有关规定。