门诊慢特病病种待遇认定申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | □职工医保□城乡居民医保 |
| 身份证件号码 |  | 联系电话 |  |
| 选择定点医院 |  |
| 申请认定的病种名称 |  |
| 申请人签名：申请时间： 年 月 日 |
| **认** **定** **结** **果** |
| 认定通过的病种(符合诊断标准项目):认定医师签名： 认定时间： (认定医疗机构盖章) | 认定通过的病种(符合诊断标准项目):医保经办机构经办人签名：认定时间：(医保经办机构盖章) |
| 备注 | 在定点医疗机构认定的，由认定医师填写认定结果；在医保经办机构认定的；由医保经办机构的经办人填写认定结果。 |