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。 | | | | | | |