**附件1**

门诊慢特病病种待遇认定申请表

门诊慢性病 □

门诊重特大疾病 □

认定机构名称（盖章）： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | 申请人签名 |  |
| 申报病种名称 |  | 医保编码 | 　 |
| 病情摘要 |  |
|
|
|
|
|
|
|
| 医师意见 |  医师签名： 年 月 日 |
| 审批意见 | 　 年 月 日 |
|
|
| 备注 | 　 |

填表说明：人员基本信息、申报病种、治疗情况、提供病史资料名称与单位意见应由本人如实填写。