**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。