附件1

湖南省基本医疗保险门诊慢特病病种待遇认定申请表

认定机构名称（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | 照 片 |
| 选择定点医院 |  | 申请人签名 |  |
| 申报病种名称 |  | 医保编码 |  |
| 申报病种情况（符合诊断标准项目） | 1、主要诊断： 2、诊断依据：  3、治疗情况（用药方案）：   医师签名： 4、申请特门病种： 合并症： 5、以上资料已核实，真实有效。申报医药机构 (盖章)  年 月 日 |
| 审批意见 | 1、专家审批意见 初审专家 复审专家 年 月 日2、医保部门审批意见： 盖章： 年 月 日 |
| 备注 |  |