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 |  | | | | | | |