附件2：

门诊慢特病病种待遇申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 证件号码 |  | 参保险种 | □职工医保□城乡居民医保 |
| 病种名称 |  | 病种编码 |  |
| 疾病诊断 |  | 首次确诊时间 |  |
| 诊断依据及申请原因 |   |
| 诊断医院 |  | 约定治疗医院 |  |
| 专科副主任及以上医师签名 |  |
| 患者（家属）签名 |  | 联系电话 |  |
| 医院医保主管部门意见 |  （签章） 年 月 日 | 医保经办机构意见 |  |

说明：1、本表一式二份，参保人员、医保经办机构各一份。（医院端直接登记上传的，由医院存档备查）

 2、本表由指定诊断认定医院专科副主任及以上医师填写，参保人员或家属持患者本人社会保障卡、门诊病历、疾病诊断依据材料（出院记录或病理检查报告等），至医院医保主管部门审核签章，并由医保主管部门通过信息系统登记上传，医保经办机构审核。