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。