门诊特定病种待遇认定申请表

医疗机构名称： （202209版）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 身份证件号码 |  | 人员类别 | | □职工医保 | |
| □城乡居民医保 | |
| 申请科室 |  | 科室电话 | |  | |
| 门特病种名称 |  | 医保病种代码 | |  | |
| 病情摘要及诊断 | 患者病史（或手术史）： | | | | |
| 疾病诊断： | | | | |
| 诊疗方案及  项目构成 | 用药方案： | | | | |
| 治疗方案： | | | | |
| 检查项目： | | | | |
| 申请医师签名： 年 月 日 | | | | |
| 科室复核 | 上级医师签名： 年 月 日 | | | | |
| 医院经办审核 | 同意（盖章） 年 月 日 | | | | |
| 待遇有效期 | 年 月 日 至 年 月 日 | | | | |
| 选择本院为  门特定点 | **本人同意选定该医院作为本人该门特病种定点医院：是□ 否□** | | | | |
| □ 本人  □代办人  签名 |  | 参保人联系电话 | |  | |
| 备注 |  | | | | |

说明：病情摘要填写主诉、现病史、体格检查、辅助检查等确诊情况