济宁市基本医疗保险门诊慢特病及

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性 别 | | □男□女 | | 年 龄 | 岁 |
| 身份证号码 |  | | | | | | | | |
| 参保单位  （居委会、学校） | | |  | | 参保类别 | | □职工 □居民 | | |
| 申请定点  医院名称 | |  | | | 联系电话 | |  | | |
| 申请病种 | | 申请人（签字）： 年 月 日 | | | | | | | |
| 医保办  意 见 | | （盖章）  经办人（签字）： 年 月 日 | | | | | | | |
| 专家组  意 见 | | 初审专家（签字）： 年 月 日 | | | | | | | |
| 复审专家（签字）： 年 月 日 | | | | | | | |

药品单独支付病种认定申请表

**备注：**1.鉴定时需要提供材料：患者本人身份证或社保卡的复印件、定点医疗机构出具的住院病历、门诊病历、相关检查检验报告等复印件**（如另有需要提交材料前请先复印备份）。2.申请病种请按照全省统一规定的病种名称规范填写，已享受待遇的病种无需重复申请。**