

## 济宁市基本医疗保险门诊慢特病及 药品单独支付病种认定申请表

姓 名		性 别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 龄	
身份证号码					
参保单位 (居委会、学校)		参保类别	<input type="checkbox"/> 职工 <input type="checkbox"/> 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				

**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。