附表15

门诊慢特病病种待遇认定申请表

认定机构名称（盖章）： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | □职工医保  □城乡居民医保 |
| 身份证  件号码 |  | | | 联系电话 |  | |
| 选择定  点医院 |  | | | | | |
| 申报病  种名称 |  | | | | | |
| 申请人签名 |  | | | | | |
| 申报病种情况（符合诊断标准项目） | 认定医师签名：  年 月 日 | | | | | |
| 认定医疗机构意见 |  | | | | | |
| 审批意见 | 经办人： 年 月 日 | | | | | |
| 备注 |  | | | | | |