附件4：

黔东南州基本医疗保险慢特病门诊病种待遇

认定申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 | |  | |
| 年 龄 | |  | | 社保卡号/身份证号码 | |  | |
| 单位名称 | |  | | 联系电话 | |  | |
| 申请慢性疾病病种名称 | |  | | | | | |
| 申请规定疾病病种名称 | |  | | | | | |
| 选定（认定）医疗机构名称 | |  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| 疾病诊断及治疗情况 | | 经治医师签名： 年 月 日 | | | | | |
| 定点医疗机构审核意见 | | | | | 医疗保障经办机构审核意见 | | |
| 科室副主任以上医师意见：  签名：  年 月 日 | 医务科初审意见：  医务科签名： 年 月 日 | | 医保科复审意见：  签名：  年 月 日 | | 初审人意见：  签名：  年 月 日 | | 复审人意见：  签名：  年 月 日 |

备注：由定点医疗机构作资格认定的负责在“定点医疗机构审核意见栏”签署意见；由经办机构作资格认定的负责在“黔东南州医疗保障经办机构审核意见”栏签署意见。