附件1

克州门诊慢特病病种待遇认定申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 | 岁 | （职工医保  （城乡居民医保 |
| 身份证号 |  | | | 联系  电话 |  | |
| 定点医疗机构名称 |  | | | 医疗机构编码 |  | |
| 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） | 认定专家签名：  年 月 日 | | | | | |
| 门慢认定机构意见 | 医院信息上传经办人签名：  年 月 日 | | | | | |
| 经办机构复核意见 | 复核专家签名：  年 月 日 | | | | | |
| 备注 |  | | | | | |

认定机构名称（盖章）： 时间： 年 月 日