附件2

克州门诊慢特病病种待遇认定登记台账

医疗机构名称（医保办公盖章）： 医疗机构代码： 人员类别：\*\*（职工/居民）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 病种名称 | 身份证号 | 申请日期 | 认定通过 | 认定未通过 | 未审批 | 备注 |
| 未上传 | 信息错误 | 无病历 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：请按照模板填写和打印电子表格，要求病历序号与表格序号一一对应，填写完整的病种名称。