湖南省基本医疗保险门诊慢特病病种待遇认定申请表（参考样表17）

认定机构名称（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | 照 片 |
| 选择定点医院 |  | | | 申请人  签 名 |  | |
| 申报病种名称 |  | | | 医保编码 |  | |
| 申报病种情况（符合诊断标准项目） | 1、主要诊断：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2、诊断依据：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  3、治疗情况（用药方案）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  医师签名：  4、申请特门病种：合并症：  5、以上资料已核实，真实有效。申报医药机构\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(盖章)  年 月 日 | | | | | | |
| 审批  意见 | 1、专家审批意见\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  初审专家\_\_\_\_\_\_\_\_\_复审专家\_\_\_\_\_\_\_\_ 年 月 日  2、医保部门审批意见： 盖章：  年 月 日 | | | | | | |
| 备注 | 申报时提供本人两张一寸照片 | | | | | | |

湖南省基本医疗保险特殊药品使用申请表（参考样表18）

申请日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | 相片 |
| 医保卡号 |  | | 年 龄 |  |
| 身份证号 |  | | 联系电话 |  |
| 人员类别 | 职工医保□ 城乡居民医保□ | | | |
| 参保属地 |  | | 工作单位 |  | |
| 就诊医疗机构 |  | | 特药协议药店 |  | |
| 申请人签字（患者本人）： | | | | | |
| 以上内容由患者本人或监护人填写 | | | | | |
| 疾病诊断 | |  | 确诊时间 | 年 月 日 | |
| 申请使用  特药名称 | |  | | | |
| 医疗机构  申报信息 | | 申请依据：  特药用法及疗程：  责任医师签章： 医保科盖章：  年 月 日 | | | |
| 审核意见 | | 审核意见：  审核专家签字：  医保部门盖章：  年 月 日 | | | |

注：1.本表一式二份，医保经办机构、参保患者各持一份。

2.需提供的材料：身份证复印件、疾病证明书原件、相关医疗文书[基因检测（必要时）、病理诊断、影像报告、生化检查、门诊病历、出院小结等]。

3.申报人或委托人将本表及申报材料提交医保经办机构。