附件1

江西省门诊慢特病病种待遇认定申请表

□职工医保（□ 企业 □ 机关事业单位） □城乡居民医保

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 身份证 件号码 |  | | | 工作单位 |  |
| 联系电话 |  | | | 申报病种 名称 |  |
| 参保地区 |  | | | 选择定点 医院 |  |
| 申请人承诺 | 本人保证所提供材料为本人看病就医资料，内容属实，真实合法有效，如有弄虚作假行为，由此产生的一切法律责任均由本人承担。  申请人签名： 年 月 日 | | | | |
| **以下审批意见根据各地政策选填** | | | | | |
| 审批意见 | 定点医疗机构意见 | | | 医保经办机构意见 | |
| 医师签名    医院医保管理部门（盖章）  年 月 日 | | | 审核人签名  医保经办机构部门（盖章）  年 月 日 | |
| 备注 |  | | | | |

注：每份表格仅限填报一种门诊慢特病（一式二份)，附申报病种相关认定材料。