# 济宁市基本医疗保险门诊慢特病及

# 药品单独支付病种认定申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | □男 □女 | 年 龄 |  |
| 身份证号码 |  | | | | |
| 参保单位  （村居、学校） |  | | 参保类别 | □职工 □居民 | |
| 申请定点  医院名称 |  | | 联系电话 |  | |
| 申请病种 | 申请人（签字）: 年 月 日 | | | | |
| 医保办意见 | 意见：  （盖章）  年 月 日 | | | | |
| 专家组  意见 | 初审专家（签字）: 年 月 日 | | | | |
| 复审专家（签字）: 年 月 日 | | | | |

备注：

1.鉴定时需提供材料:患者本人身份证或社保卡的复印件、定点医疗机构出具的住院病历（复印件）、门诊病历、相关检查检验报告单等。

2.申请病种请按照省规定的病种名称规范填写，有并发症的需注明，已享受待遇的病种无需重复申请。

3.本表一式三份，参保人员、定点医院、参保地医疗保险经办机构各一份。