|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **门诊慢特病病种待遇认定申请表** | | | | | | |
| 认定机构名称（盖章）： | |  | | | 年 月 日 | |
| 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 |  | |
| 选择定点医院 |  | | | 申请人签名 |  | |
| 申报病种名称 | (此栏请按照标准病种名称填写) | | | | | |
| 申报病种情况（符合诊断标准项目） | 医师签名： | | | | | |
|  | | | | | 年 月 日 |
| 审批意见 |  | | | | | |
| 备注 |  | | | | | |