|  |
| --- |
| **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 |  |