江阴市门诊特殊病种待遇认定申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 口职工医保口居民医保 |
| 身份证件号码 |  | 医保编码 |  |
| 选择定点医院 |  | 申请人签名 |  |
| 申报病种名称 |  | 联系电话 |  |
| 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 | 医院医保管理部门盖章: 年 月 日 |
| 备注 |  |

注：本表一式二份，一份个人留存，作为门诊医疗费结报的依据，一份留医保窗口备案。