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。