表10

江西省门诊慢特病病种待遇认定申请表

□ 企业 □ 机关事业单位 □其他 ( )

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | □职工医保  □城乡居民医保 |
| 身份证  件号码 |  | | | 工作单位 |  | |
| 联系电话 |  | | | 申报病种 名称 |  | |
| 参保地区 |  | | | 选择定点 医院 |  | |
| 申请人承诺 | 本人保证所提供材料为本人看病就医资料，内容属实，真实合法有效，如有 弄虚作假行为，本人愿承担由此产生的后果及应承担的法律责任。  申请人签名： 年 月 日 | | | | | |
| 以下审批意见根据各地政策选填 | | | | | | |
| 审批意见 | 定点医疗机构意见 | | | | 医保经办机构意见 | |
| 医师签名  医院医保管理部门 (盖章)  年 月 日 | | | | 审核人签名  医保经办机构部门 (盖章)  年 月 日 | |
| 备注 |  | | | | | |

注：1.每份表格仅限填报一种慢特病，附疾病证明书原件和申报病种相关的病历材料原件；

2.异地安置人员需在安置地的定点医疗机构内选择一所医院就医。