|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 阿坝州基本医疗保险门诊特殊疾病认定申请表 | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | 年龄 | | | |  | 人员类别 | | 在职/退休/居民 |
| 单位名称（居民填写住址） | | |  | | | | | | | | | | |
| 联系电话 | |  |  | | 身份证号码 | | |  | | | | | |
| 就诊医院 | |  |  | | 医院级别 | | |  | | | | 就诊科别 |  |
| 申请病种 | |  |  | |  | |  | |  | | |  |  |
| 申请病种的主要诊断依据及治疗方案：  1.主要病史和体征： | | | | | | | | | | | | | |
| 2.相关辅助检查： | | | | | | | | | | | | | |
| 3.治疗方案：  主诊医师职称： 主诊医师（签名）： | | | | | | | | | | | | | |
| 认定意见（医保经办机构或医疗机构）：  综合同志申请门诊特殊疾病病种的主要诊断依据和治疗方案，符合 认定标准,同意纳入门诊特殊疾病管理。  签 章：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |