|  |
| --- |
| 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 |