|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| 门诊慢特病保障待遇认定申请表 | | | | | | |
| 统筹区：长春市 | | |  | 经办机构名称： | | | |
| 认定机构名称：（盖章） | | |  |  |  | 年 月 日 | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  | □职工医保 □城乡居民医保 | |
| 身份证 件号码 |  | | | 医保编码 |  | | |
| 申报类别 | □门诊慢病 □门诊特病 | | | 联系电话 |  | | |
| 申报保障范围 |  | | | 认定通 过时间 |  | | |
| 选择定点医药机构 |  | | | 申请人 签名 |  | | |
| 病情摘要（病史、临床表现、体征）、诊断、治疗计划 | 医师：    年 月 日 | | | | | | |
| 审核意见 |  | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | |