|  |
| --- |
|  |
| 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 | 　 |