南通市医疗保险特药使用申请表

申请日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 社会保  障卡  卡号 |  | 身份证号 | |  | |
| 人员类别 | 职工 □ 居民 □ 离休 □ 二乙 □ | | | | |
| 参保属地 | 市 区（县） | 工作单位 | |  | |
| 申请使用  特药名称 |  | 联系电话 | |  | |
| 指定医院 |  | 家庭住址 | |  | |
| 申请人签字（患者本人） | |  | | | |
| 以上内容由患者本人或监护人填写 | | | | | |
| 疾病诊断 |  | 确诊时间 | | 年 月 日 | |
| 申请使用  特药名称 |  | | | | |
| 指 定 医 院 意 见 | 申请依据：  特药用法用量：    经治医师签章：  责任医师签章： 医院医保办盖章：  年 月 日 | | | | |
| 经办机构  意见 | 经办人：  医疗保险经办机构盖章：  年 月 日 | | | | |

注：1．本表一式三份，医疗保险经办机构、特定药店、参保患者各持一份。

2．需提供的材料：社会保障卡、患者近期一寸免冠彩照、门诊特定项目（门诊大病）证、相关

医疗文书（基因检测（必要时）、病理诊断、影像报告、门诊病历﹤须有特药治疗方案和治疗记录﹥、

出院小结﹤或住院病历﹥）等材料。

3．本表由参保患者提交医保经办机构。本表私自涂改或复印无效。