

附件 23

江苏省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		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。