

## 表 8：门诊特定病种待遇认定申请表

医疗机构名称：

姓名		性别		年龄	
身份证件号码		人员类别		<input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 城乡居民医保	
申请科室		科室电话			
门特病种名称		医保病种代码			
病情摘要及诊断	患者病史（或手术史）： 疾病诊断：				
诊疗方案及 项目构成	用药方案： 治疗方案： 检查项目： 申请医师签名：_____年 月 日				
科室复核	上级医师签名：_____年 月 日				
医院医保管理部门 审核	同意（盖章）_____年 月 日				
待遇有效期	_____年 月 日 至 _____年 月 日				
选择本院为 门特定点	本人同意选定该医院作为本人该门特病种定点医院：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>				
参保人签名		参保人联系电话			
备注					

说明：1.病情摘要应当填写主诉、现病史、体格检查、辅助检查等确诊情况；

2.项目构成必须符合医保政策有关规定。

3.首次申请待遇享受有效期自定点医疗机构按照规定将认定信息上传医保信息系统备案之日起，按照自然日计算，到期自动终止。

4.参保人员，应在相应门特病种待遇认定有效期满前 30 日内，申请办理续期。定点医疗机构应规定办理后，续期有效期自前一有效期满后次日起，按照自然日计算，到期自动终止。

5.每申请认定一个门特病种，需填写一份《门诊特定病种待遇认定申请表》

6.办理待遇续期需填写此表。