附件2：

|  |
| --- |
| **黔南州医疗保险门诊特殊疾病申请表** |
| 参保县（市）： 编码：  |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 照片 |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 联系地址 |  | 定点医院： | 1 |
| 申请病种 | **1** | 2 |
| **2** | 3 |
| 简要病史： |
|  |  |  |  |  |  |  | （ 科 室 章） |
|  |  |  主治医师签名： |  |  年 月 日 |
| 本人承诺所提供材料真实有效，如有虚假，愿意承担相关法律责任。 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 申请人签名： |  年 月 日 |
| 医院医保科意见： |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | （盖 章） |  |
|  |  |  | 负责人签名： |  年 月 日 |
| 专家组评审结论： |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 评审专家签名： |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  年 月 日 |
| 医保管理部门意见： |  |  |   |  |
|  |  |  |  |  |   |  | （公 章） |
|  |  |  |  | 签名： |  年 月 日 |
| 备注： 一、由参保人员向参保地医保管理部门申报时，可不填写医院医保科意见一栏。二、申请门诊特殊疾病须同时提供下述材料：1、有效居民身份证复印件（无身份证的儿童提供有效户口本复印件）、近期一寸彩色照片2张；2、二级及以上非营利性定点医疗机构盖章确认的出院小结及门诊特殊疾病认定资格条件所需要的材料。三、手工报销时需提供：①有效发票原件及复印件；②医药机构盖章的门诊费用明细清单；③有效居民身份证复印件；④提供银行账户和联系方式。 |