

宜兴市门诊特殊病种待遇认定申请表

参保人姓名		性别		联系电话	
身份证件号码			参保险种	☐ 职工医保 ☐ 居民医保	
申报病种名称			申报病种编码		
约定医疗机构			申请人签名		
申报病种情况（符合诊断标准项目）	医师签名： 年 月 日				
审批意见	医院医保管理部门经办人签字、盖部门章： 年 月 日				
备注					

第一联 医保经办机构留存

注：本表一式两份，一份个人留存，一份留医保经办机构备案。

宜兴市门诊特殊病种待遇认定申请表

参保人姓名		性别		联系电话	
身份证件号码			参保险种	☐ 职工医保 ☐ 居民医保	
申报病种名称			申报病种编码		
约定医疗机构			申请人签名		
申报病种情况（符合诊断标准项目）	医师签名： 年 月 日				
审批意见	医院医保管理部门经办人签字、盖部门章： 年 月 日				
备注					

第二联 参保人留存