

## 表8：门诊特定病种待遇认定申请表

(请正反双面打印)

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					

