附件 5

湖南省居民基本医疗保险门诊慢特病待遇资格认定申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 身份证号码 |  | | 联系电话 |  | |
| 申请病种情况 | |  | | --- | | 1、申请慢特病病种： 并发症 (合并症) | | | 2、诊断依据  3、治疗情况 (用药方案) ：  医师签名： | | | | | |
| 受理意见 | 以上资料已核实，真实有效。  同意受理  不同意受理  受理机构名称    (盖章)  年 月 日 | | | | |
| 初审意见 | 不通过原因：  初审通过  初审不通过  初审医疗机构 (盖 章)  年 月 日 | | | | |
| 复核意见 | 专家复核意见：  专家 1 签名： 专家 2 签名：  年 月 日  复核不通过原因： | | | | |

信用承诺书

本人保证提供资料为本人看病就医资料真实合法有效，如 有弄虚作假行为，本人愿意承担由此产生的后果及应承担的法 律责任。

申请人签名：

年 月 日