

表 13：门诊慢特病病种待遇认定申请表（参考样表）

认定机构名称（盖章）：

年 月 日

姓名		性别		年龄		<input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 城乡居民医保
身份证件号码				联系电话		
选择定点医院				申请人签名		
申报病种名称				医保编码		
申报病种情况 （符合诊断标准项目）	<div> 中国医疗保障 CHINA HEALTHCARE SECURITY</div> <div>医师签名： 年 月 日</div>					
审批意见						
备注						