湖南省 职工（或居民） 基本医疗保险门诊慢特病待遇资格认定申请表（填写范本）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | **谭某** | | 性别 | **男** | 年龄 | | **68岁** |
| 身份证件号码：**43042619\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*** | | | | | 联系电话：**1897340\*\*\*\*** | | |
| 申请病种情况 | 1、申请慢特病病种：  **糖尿病 并发症（合并症）： 周围神经病变** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 2、诊断依据：**1、糖尿病病史；2、空腹血糖9.8mmol/L,糖化血红蛋白百分比11.8%；3、肌电图检查显示有周围神经损害。** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 3、治疗情况（用药方案）：**遵医嘱规律皮下注射胰岛素并根据血糖水平调整胰岛素剂量。** | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | 医师签名：**刘\*\*** | | |
| 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：**祁东县人民医院** | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | **（盖章）** | |
| 2024 | | | | 年\* | 月 \* | 日 |
| 初审意见 | √ | 初审通过 |  | | | | |
| □ | 初审不通过 不通过原因： | | | | |  |
| 初审医疗机构**（盖 章）** | | | | | |  |
| 2024 | | | | 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：谭某

2024年 \* 月 \* 日