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