附件1

湖南省 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 |  |
| 身份证件号码： | 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 | □ | 初审通过 |  |
| □ | 初审不通过 不通过原因：  |  |
| 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