

附件：

湖南省医疗保险门诊慢特病单列支付管理药品使用申请表

姓 名		性 别		相片
医保卡号		年 龄		
身份证号		联系电话		
人员类别	职工医保 <input type="checkbox"/> 城乡居民医保 <input type="checkbox"/>			
参保属地		工作单位		
就诊医疗机构		协议药店		
申请人签字（患者本人）：				
以上内容由患者本人或监护人填写				
疾病诊断		申请时间 (由责任医师确定)	年 月 日	
申请使用 药品名称				
医疗机构 申报信息	申请依据：			
	特药用法及疗程：			
审核意见	责任医师签章：			
	医保科盖章： 年 月 日			
审核意见	审核意见：			
	审核专家签字：			
审核意见	医保部门盖章： 年 月 日			

注：1.本表一式二份，医保部门、参保患者各持一份；  
2.需提供的材料：身份证复印件、医保电子凭证或社会保障卡复印件、证明疾病及病情程度必需的相关医疗文书；  
3.申报人或委托人将本表及申报材料提交参保地医保部门。