

附件5

河南省基本医疗保险门诊特定药品继续治疗申请表

姓名		性别		年龄		联系电话	
身份证号			参保险种	职工 <input type="checkbox"/> 居民 <input type="checkbox"/>			
参保地		首次治疗时间	年 月 日至 年 月 日				
是否办理异地		享受待遇医院					
是否双通道		双通道定点零售药店					
代取药人姓名		代取药人身份证号码					
继续治疗依据（附首次治疗应用药物的种类、剂量、时间、疗程等，近期评估结果）							
诊断							
治疗方法 (多个药品联用请 用①②③等分别标 注)	药品通用名（商品名）：						
	药品规格：						
	用法用量：						
	治疗期限： 年 月 日至 年 月 日						
责任医师签名：							
定点医疗机构意见							
定点医疗机构医保办（盖章） 年 月 日							
本人承诺：在享受以上特药医保支付待遇期间，不得以任何形式在住院、门诊慢性病待遇中重复享受同一药品待遇。如发生重复享受情形，本人自愿全额退回重复享受的医保待遇，并承担由此产生的一切后果。							
本人签名：							

注：代取药人身份证复印件附后。