

## 附件7

## 河南省门诊特定药品待遇转移申请表

姓名		身份证件号码	
联系电话		原参保地	
原定点医疗机构名称		原参保类别	
已审批药品通用名		已审批药品商品名 (无商品名的填写厂家名称)	
药品对应病种名称		已审批药品规格 (多规格的用“，”隔开)	
用法用量			
原治疗期限	年 月 日至 年 月 日		
新选定医疗机构名称			
是否双通道		双通道药店名称	
本人(受托人) 签名		填表日期	年 月 日
转入地经办机构意见(盖章) 年 月 日			

注：此表由转入地医保经办机构留存，变更前需核对审批信息中最小取药周期是否已取药。