

附件4

河南省基本医疗保险门诊特定药品申请表

姓名		性别		年龄		照片粘贴处
身份证号			联系电话			
参保地			参保险种	职工 <input type="checkbox"/>	居民 <input type="checkbox"/>	
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				
病历摘要（附确诊病历、相关检查单等，既往应用药物的种类、剂量、时间、疗程及疗效等）						
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上。