

许昌市医疗保障门诊特定药品申请表

患者姓名		身份证号			患者照片（加盖医保经办机构骑缝章）
人员类别 （勾选）	职工 ☐ 居民 ☐	首次申报 ☐		继续治疗 ☐	
单位					
家庭住址					
异地安置人员 选择医疗机构					
是否双通道	是 ☐ 否 ☐		双通道定 点名称		
联系人			联系电话		
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 药品通用名： 药品商品名： 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 评估意见	医保科/办签章： 联系电话： 年 月 日				

注：1、该表一式3联，分别由医保经办机构、定点医疗机构和参保人员留存。

2、该备案表有效期一年，一年后仍需继续救治的人员应到参保地医保经办机构重新备案，办理延期手续，办理延期手续时间为本次备案到期前30个工作日，逾期不办理延期手续的，停止享受门诊特定药品保障待遇。