附件5

湖南省居民基本医疗保险门诊慢特病待遇资格认定申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 年龄 | |  |
| 身份证件号码： | | | | | 联系电话： | | |
| 申请病种情况 | 1、申请慢特病病种： 并发症（合并症） | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 2、诊断依据 | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 3、治疗情况（用药方案）： | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | 医师签名： | | |
| 受理意见 | 以上资料已核实，真实有效。 | | | | □ | 同意受理 | |
| □ | 不同意受理 | |
| 受理机构名称 | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | （盖章） | |
|  | | | | 年 | 月 | 日 |
| 初审意见 | □ | 初审通过 |  | | | | |
| □ | 初审不通过 不通过原因： | | | | |  |
| 初审医疗机构（盖 章） | | | | | |  |
|  | | | | 年 | 月 | 日 |
| 复核意见 | 专家复核意见： | | | | | | |
| 专家1签名： | | | 专家2签名： | | |  |
|  | | | | 年 | 月 | 日 |
| 复核不通过原因： | | | | | | |
|  | | | | | | |

信用承诺书

本人保证提供资料为本人看病就医资料，真实合法有效，如有弄虚作假行为，本人愿意承担由此产生的后果及应承担的法律责任。

申请人签名：

年 月 日