

表14：门诊慢特病病种待遇认定申请表

认定机构名称（盖章）：

年 月 日

姓名		性别		年龄		<input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 城乡居民医保
身份证件				联系电话		
选择定点医院				申请人签名		
申报病种名称						
申报病种情况 (符合诊断标准项目)						
	医师签名： 年 月 日					
审批意见						
备注						