**吉林省医疗保险特药使用申请表**

申请日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 | |  | 年龄 |  |
| 社会保障卡号 |  | | 身份证号 | | |  | |
| 人员类别 | 职工医保 □ 居民医保 □ | | | | | | |
| 参保属地 | 市 区（县） | | 工作单位 | |  | | |
| 申请使用特药  名称 |  | | 联系电话 | |  | | |
| 指定医院 |  | | 家庭住址 | |  | | |
| 申请人签字（患者本人） | | |  | | | | |
| 以上内容由患者本人或监护人填写 | | | | | | | |
| 疾病诊断 | |  | | 确诊时间 | 年 月 日 | | |
| 申请特药名称 | |  | | | | | |
| 指  定  医  院  意  见 | | 申请依据：  特药用法用量：  经治医师签章：  责任医师签章：  医院医保办盖章：  年 月 日 | | | | | |

注：1.本表一式三份，医疗保险经办机构、特定医药机构、参保者各持一份。

2.需提供的材料：社会保障卡门诊特定项目（门诊大病）证，相关医疗文书（基因检测（必要时）、病理诊断、门诊病历、出院小结）等材料。

3.本表由参保患者提交医保经办机构，本表私自涂改或复印无效。

咨询电话：0434－5069917