|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **梧州市城乡居民基本医保特殊慢性病病人门诊治疗申请表** | | | | | | | | | | |
| **姓　名** | |  | **性　别** | |  | **年龄** |  | **申请时间** |  | |
| **住址** | |  | | | | | | **联系电话** |  | |
| **社保号** | |  | **身份证号** | |  | | | | | |
| **联系人** | |  | **联系电话** | |  | | | | | |
| **所患疾病** | |  | | | | | | | | |
|
| **申请治疗 定点机构** | | **定点医院** | | | |  | | | | |
| **社区卫生服务中心或乡镇卫生院** | | | |  | | | | |
| **申请情况** | | **首次申请** | | | | | **接续申请** | | | |
|  | | | | |  | | | |
| **申请治疗病种（请勾选需申请的病种并确认签名）** | | | | | | | | | | |
| **病种代码** | **病种名称** | | | **申请人或代办人签名** | | **病种代码** | **病种名称** | | | **申请人或代办人签名** |
| **1** | **冠心病** | | |  | | **2** | **高血压病（高危组）** | | |  |
| **3** | **糖尿病** | | |  | | **4** | **甲亢** | | |  |
| **5** | **慢性肝炎治疗巩固期** | | |  | | **6** | **慢性阻塞性肺疾病** | | |  |
| **7** | **银屑病** | | |  | | **8** | **严重精神障碍** | | |  |
| **9** | **类风湿性关节炎** | | |  | | **10** | **脑血管疾病后遗症期** | | |  |
| **11** | **系统性红斑狼疮** | | |  | | **12** | **帕金森氏综合征** | | |  |
| **13** | **慢性充血性心衰** | | |  | | **14** | **肝硬化** | | |  |
| **15** | **结核病活动期** | | |  | | **16** | **再生障碍性贫血** | | |  |
| **17** | **肾病综合征** | | |  | | **18** | **癫痫** | | |  |
| **19** | **脑瘫** | | |  | | **20** | **重症肌无力** | | |  |
| **21** | **风湿性心脏病** | | |  | | **22** | **肺心病** | | |  |
| **23** | **强直性脊柱炎** | | |  | | **24** | **甲状腺功能减退症** | | |  |
| **25** | **重型和中间型地中海贫血** | | |  | | **26** | **血友病** | | |  |
| **27/①** | **慢性肾功能不全** | | |  | | **27/②** | **肾透析** | | |  |
| **28** | **各种恶性肿瘤** | | |  | | **29** | **器官等移植后抗排斥免疫调节剂治疗** | | |  |
| **本人已领取《梧州市城乡居民医疗保险门诊特殊慢性病报销须知》, 并保证认真阅读该须知内容。** | | | | | | | | | | |
| **领取人签字：** | | | | | | | | | | |
| **治疗方案** |  | | | | | | | | | |
|
|
|
|
|
|
| **医疗机构审核意见** |  | | | | | | | **经办人：** | | |
| **审核时间：** | | |
| **医保科（盖章）** | | |
| **社保局审核意见** |  | | | | | | | **经办人：** | | |
| **审核时间：** | | |
| **（盖章）** | | |
| **备注** | **一、本申请表特殊慢性病病种认定标准按《梧州市城乡居民基本医疗保险门诊特殊慢性病管理规定》执行。** | | | | | | | | | |
| **二、参保人员填写本申请表时，请附上以下资料：** | | | | | | | | | |
| **1.医院疾病证明；** | | | | | | | | | |
| **2.有关病史资料、病情介绍、治疗经过以及目前需要继续治疗的治疗方案。** | | | | | | | | | |
| **3.各种相关检查报告。** | | | | | | | | | |
| **以上资料须由我市二级以上定点医疗机构出具且经医疗机构医保（务）部 门审核盖章后方为有效。本次申请有效期为审批申请次月起至申请当年12月31日止。 次年需继续治疗的，须重新提交资料办理年审手续。** | | | | | | | | | |
|