**梧州市城镇职工医保门诊特殊慢性病待遇申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓　名** |  | **性　别** |  | **申请时间** |  |
| **参保单位** |  | **年　龄** |  |
| **医保号** |  | **身份证号** |  |
| **联系人** |  | **联系电话** |  |
| **所患疾病** |  |
| **（疾病诊断）** |
| **申请治疗** | **定点医院** | **定点社区中心** |
| **定点机构** |  |  |
| **申请** | **首次申请** | **接续申请** |
| **情况** |  |  |
| **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** |
| **01** | **生活不能自理的老年痴呆症** |  | **13** | **恶性肿瘤** |  |
| **02** | **生活不能自理的脑血管意外后遗症** |  | **14** | **帕金森氏综合症** |  |
| **03** | **生活不能自理的各种慢性心功能衰竭** |  | **15** | **系统性红斑狼疮** |  |
| **04** | **生活不能自理的肺功能不全** |  | **16** | **需长期服药控制症状的精神分裂症** |  |
| **05** | **胰岛素依赖型糖尿病** |  | **17** | **需长期服药治疗的艾滋病** |  |
| **06** | **肝硬化合并腹水门诊治疗** |  | **18** | **血友病** |  |
| **07** | **慢性肾功能衰竭门诊透析** |  | **19** | **重型和中间型地中海贫血** |  |
| **08** | **器官及组织移植术后抗排斥调节治疗** |  | **20** | **银屑病** |  |
| **09** | **再生障碍性贫血服药缓解期** |  | **21** | **高血压病（高危组）** |  |
| **10** | **出现关节畸型的类风湿关节炎** |  | **22** | **冠心病** |  |
| **11** | **生活不能自理的意外创伤后遗症** |  | **23** | **甲亢** |  |
| **12** | **肺结核门诊系统抗痨治疗期间** |  | **24** | **慢性肝炎治疗巩固期** |  |
| **本人已领取《梧州市城镇职工医保门诊特殊慢性病就诊证》和《梧州市城镇职工医保门诊特殊慢性病报销须知》，并保证认真阅读该须知内容。** **领取人签名：**  |
| **临床医生意见（请描述患者当前与所申请慢性病病种相关的症状体征，如意识状态、四肢肌力级别、肌张力情况、呼吸困难程度、心功能级别相应症状等）：** **经治医师： （科室盖章）** **年 月 日** |
| **治****疗****方****案** |  |
| **定点医****疗机构****（医保****科审核）****意见：** |  **（盖章）** **年 月 日** |
| **社****保****局****审****核****意****见** | **经办人： 审核人： 复核人：**  **日期：** |
| **备****注** | **参保人员初次申请填写本申请表时，请附上以下资料：****1.医院疾病证明书。****2.有关病史资料复印件（门诊病历、出院记录、手术记录等）、治疗经过。****3.各种相关检查报告复印件。** **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。本次申请有效期为申请之日起至申请当年12月31日止。 次年需继续治疗的，须填表办理年审申请手续，申请待遇延续的只需提交最近半年开具的有效疾病证明书，或填写临床医生意见，除特殊情况，无需再次提交其他资料。** |