

附件 5

湖南省职工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:
	1、申请慢特病病种: _____	并发症(合并症) _____
申请病种情况	2、诊断依据	
	3、治疗情况(用药方案):	
	以上资料已核实,真实有效。	医师签名: <input type="checkbox"/> 同意受理 <input type="checkbox"/> 不同意受理
受理意见	受理机构名称	(盖章) 年 月 日
初审意见	<input type="checkbox"/> 初审通过 <input type="checkbox"/> 初审不通过 不通过原因: _____	初审医疗机构(盖章) _____ 年 月 日
	专家复核意见: _____	
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