朔州市基本医疗保险谈判药品使用申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | | |  | 年龄 | |  | 照  片 |
| 身份证号码 |  | | | | | | | |
| 参保类别 | 职工医保□ 城乡居民医保□ | | | | | | | |
| 联系电话 |  | | 异地安置地 | | | | 省 市 | | |
| 以上内容由患者本人如实填写 | | | | | | | | | |
| 疾病诊断 |  | | 确诊时间 | | | |  | | |
| 申请药品 |  | | | | | | | | |
| 责任医师鉴定 | 适应症鉴定结果：  责任医师签字：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 谈判药品定点医院医保科（盖章）  年 月 日 | | | | 医保经办机构（盖章）  年 月 日 | | | | | |

备注：此表一式三份，参保地经办机构、参保患者、谈判药品定点医院各一份。