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。