

附件 1

参保患者“双通道”管理及单独支付药品用药申请表

申请日期： 年 月 日

姓名		性别		年龄	
身份证号		参保属地	市 区（县、市）		
参保类别	<input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 居民医保 其他 _____				
家庭住址		联系电话			
国谈药定点 医疗机构		国谈药定点 零售药店			
申请人（患者本人）签字					
以上内容由患者本人或监护人填写					
疾病诊断					
申请使用国 谈药名称		是否单独支付 药品	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
国谈药定点 医疗机构 意见	申请依据： 是否符合医保限定支付范围： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 治疗方案（用法用量）： 复查评估周期： 下一次复查评估日期： 责任医师签章： 医院医保办盖章： 年 月 日				

医保经办机构经办人： 年 月 日

注：1、本表一式两份，医保经办机构、国谈药定点医疗机构各持一份。

2、备案需提供的材料：本申请表、疾病证明材料（包括检验报告、出院小结、门诊病历等）、医保电子凭证（或有效身份证件、社保卡等）。