

附件二

武汉市医疗保险特殊药品使用申请表

申请时间： 年 月 日					
姓名		性别		年龄	
社保卡号		身份证号			
人员类别	职工医保 <input type="checkbox"/>		居民医保 <input type="checkbox"/>		
工作单位		家庭住址		联系电话	
申请使用特药名称					
特药定点医院	名称：		编号：		
责任医师	姓名：		工号：		
特药定点药店					
申请人签字（患者本人）					
以上内容有患者本人或监护人填写					
疾病诊断				确诊时间	年 月 日
申请使用特药名称					
特药定点医院意见	用药依据				
	用法用量				
	复查建议	请于_____年_____月_____日前，进行病情复查和用药评估。			
	责任医师意见	签名： 签章：			
	医保办意见	(盖章)			
特药定点药店	(盖章)				

说明：1、本表一式三份，特药定点医院、特药定点药店和参保人员各留存一份。

2、本表格用于参保人员首次使用特殊抗肿瘤药品进行备案时填报。

3、本表中的特药定点医院是指我市三级定点医疗机构，包括部分科室定点的医疗机构；特药定点药店是指具有门诊重症服务资格的定点零售药店。

4、附报：社保卡和身份证的原件和复印件（2张）、近期1寸免冠彩色登记照片3张、相关疾病的病理检查报告和基因检测报告、出院小结、门诊病历等病历资料。