南通市医疗保险门诊特殊病审核备案表

（放疗、化疗、介入治疗、生物靶向药物治疗、内分泌治疗）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 |  | 年龄 |  | 身份证号 |  |
| 家庭住址 | |  | | | | | | 联系电话 |  |
| 疾病诊断 |  | | | | 参加  险种 | □职工医保  □居民医保 | | 参保单位 |  |
| 病史及治疗  方案 | | | 病史摘要：  治疗方案：  经治医生签名： 日期： 年 月 日 | | | | | | |
| 科主任  （主任医师）意见 | | | 科 科主任（主任医师）签名： 年 月 日 | | | | | | |
| 恶性肿瘤  门诊治疗情况 | | | 定点医疗机构和经治医生已告知在门诊行放疗、化疗、介入治疗、生物靶向药物治疗、内分泌治疗及相关政策待遇等，并确认在 医院进行定点治疗。特此声明。  参保人员(亲属)： (签字)  联系人： （签字） 联系电话：  年 月 日 | | | | | | |
| 医 院  审 核  意 见 | | | 医保办（盖章）： 经办人（签名）：  年 月 日 | | | | | | |
| 备 案  意 见 | | | 经办人： 经办日期： 年 月 日 | | | | | | |