江苏省医疗保险特药使用申请表

申请日期：　　年　　月　　日

姓　名		性别		年龄	
社会保障卡卡号		身份证号			
人员类别	职工医保　□		居民医保　□		
参保属地	市　　区（县）	工作单位			
申请使用特药名称		联系电话			
指定医院		家庭住址			
申请人签字（患者本人）					
以上内容由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					
指定医院意见	申请依据： 特药用法用量： 经治医师签章： 责任医师签章：　　医院医保办盖章： 年　　月　　日				
经办机构意见	经办人： 医疗保险经办机构盖章： 年　　月　　日				

第一联　医保经办机构存

注：1、本表一式三份，医疗保险经办机构、特定药店、参保患者各持一份。

2、需提供的材料：社会保障卡、患者近期一寸免冠彩照、门诊特定项目（门诊大病）证、相关医疗文书（基因检测（必要时）、病理诊断、影像报告、门诊病历、出院小结）等材料。

3、本表由参保患者提交医保经办机构。本表私自涂改或复印无效。

江苏省医疗保险特药使用申请表

申请日期：　　年　　月　　日

姓　名		性别		年龄	
社会保障卡卡号		身份证号			
人员类别	职工医保　□			居民医保　□	
参保属地	市　　区（县）	工作单位			
申请使用特药名称		联系电话			
指定医院		家庭住址			
申请人签字（患者本人）					
以上内容由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					
指定医院意见	申请依据： 特药用法用量： 经治医师签章： 责任医师签章：　　医院医保办盖章： 年　　月　　日				
经办机构意见	经办人： 医疗保险经办机构盖章： 年　　月　　日				

第二联　特定药店存

注：1、本表一式三份，医疗保险经办机构、特定药店、参保患者各持一份。

2、需提供的材料：社会保障卡、患者近期一寸免冠彩照、门诊特定项目（门诊大病）证、相关医疗文书（基因检测（必要时）、病理诊断、影像报告、门诊病历、出院小结）等材料。

3、本表由参保患者提交医保经办机构。本表私自涂改或复印无效。

江苏省医疗保险特药使用申请表

申请日期：　　年　　月　　日

姓　名		性别		年龄	
社会保障卡卡号		身份证号			
人员类别	职工医保　□		居民医保　□		
参保属地	市　　区（县）	工作单位			
申请使用特药名称		联系电话			
指定医院		家庭住址			
申请人签字（患者本人）					
以上内容由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					
指定医院意见	申请依据： 特药用法用量： 经治医师签章： 责任医师签章：　　医院医保办盖章： 年　　月　　日				
经办机构意见	经办人： 医疗保险经办机构盖章： 年　　月　　日				

第三联　患者留存

注：1、本表一式三份，医疗保险经办机构、特定药店、参保患者各持一份。

2、需提供的材料：社会保障卡、患者近期一寸免冠彩照、门诊特定项目（门诊大病）证、相关医疗文书（基因检测（必要时）、病理诊断、影像报告、门诊病历、出院小结）等材料。

3、本表由参保患者提交医保经办机构。本表私自涂改或复印无效。