

保定市基本医疗保险门诊大病（门诊放、化疗）申请表

档案号：_____

申请流水号：_____

姓 名		身份证号		社保卡号	
单 位				联系电话	
治疗内容	<input type="checkbox"/> 1 恶性肿瘤病人门诊同位素抗肿瘤治疗 <input type="checkbox"/> 2 恶性肿瘤病人门诊介入抗肿瘤治疗 <input type="checkbox"/> 3 恶性肿瘤病人门诊放射治疗 <input type="checkbox"/> 4 恶性肿瘤病人门诊化疗 <input type="checkbox"/> 5 恶性肿瘤病人内分泌治疗				
诊治医院					
医 疗 机 构 意 见	申请依据： 附：申报材料 页 主任医师签字（章） <div style="text-align: right;">年 月 日</div>		治疗开始时间 年 月 日 治疗终止时间 年 月 日 治疗方案： 主治医师： <div style="text-align: right;">年 月 日</div>		
	医院医保办（科）审核意见 （章） <div style="text-align: right;">年 月 日</div>		申请人社会保障卡（或身份证）复印件粘贴处		

注：1、此表一式两份，一份交医疗机构存档，另一份交选定药店存档。

2、医疗机构存档，同时需以下资料：近期（两年）内门诊或住院病例（含病理诊断、影像报告）；近期（两年）内化验报告单（其中使用抗肿瘤特殊管理药品的患者，以基因检测结果为指征的，应提交具备基因检测技术资质医疗机构出具的基因检测报告结果）。

3、请经治医院根据病情所需如实填写治疗方案及治疗期限，最高申请期限为六个月，六个月后仍需治疗的，须重新申请。