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

<table>
<tr><td>姓　名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>年龄</td><td></td></tr>
<tr><td>身份证号</td><td></td><td colspan="2">参保属地</td><td colspan="2">市　　区（县、市）</td></tr>
<tr><td>参保类别</td><td colspan="5">☐ 职工医保　　☐ 居民医保　　其他 _____</td></tr>
<tr><td>家庭住址</td><td></td><td colspan="2">联系电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>国谈药定点医疗机构</td><td></td><td colspan="2">国谈药定点零售药店</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">申请人（患者本人）签字</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="6">以上内容由患者本人或监护人填写</td></tr>
<tr><td>疾病诊断</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>申请使用国谈药名称</td><td></td><td colspan="2">是否单独支付药品</td><td colspan="2">☐ 是　☐ 否</td></tr>
<tr><td>国谈药定点医疗机构意见</td><td colspan="5">申请依据：

是否符合医保限定支付范围：　☐ 是　☐ 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</td></tr>
</table>

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）。