|  |
| --- |
| **附件三** **南通市靶向治疗药品申请表** |
| 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□ 居民□ 离休□ 二乙□  |
| 参保属地 |  | 工作单位 |  |
| 申请使用药品名称 |  | 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 |
| 申请使用药品名称 |  |
| 指定医院意见 | 申请依据:靶向药品用法用量:经治医生签章：责任医师签章： 医院医保办签章： 年 月 日  |
|
|
|

注：1.本表一式两份，医院医保办、参保患者各持一份

1. 需提供的材料：社会保障卡、相关医疗文书（基因检测、病 理诊断、影像报告、门诊病历、出院小结或住院病历）等。

3.本表由参保患者提交医院医保办。本表私自涂改或复印无效。