

附件 2

枣庄市医疗保险高值药品使用申请表

姓名		性别		联系电话	
身份证号码			工作单位		
人员类别	职工医保口 居民医保口		是否异地		
申请人签字:			申请日期: 年 月 日		
以上内容由本人或监护人填写					
疾病诊断			确诊日期	年 月 日	
申请高值名称	通用名称		药品对应 类别	基本医保口	
	商品名			大病保险口	
	规格				
高值药品使用 时间	年 月 日		本院是否备 药	有口 无口	
定点医疗机构 意见	治疗方案: _____ _____ 高值药品用法用量: _____ _____ 用药周期间隔: ____天 责任医师签字: _____ 医院医保办盖章: _____ _____ 年 月 日				
医保经办机构 审核意见	经办人签字:		经办机构盖章: 年 月 日		