附件1

省直医疗保险慢性病取药申请备案表

**备案编号：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参保人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |  | 单位名称 |  |
| 代办人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 取药  定点医院 |  | | |
| 临床诊断 |  | | |
| 需长期连续服用的固定药品（限西药）用法用量 |  | | |
| 经治医生签字 |  | 签字日期 |  |
| 申请人签字 |  | 签字日期 |  |
| 医院医保办意见：  （盖 章） 年　 月　 日 | | | |