

附件 1

广东省省直机关事业单位
医疗保障参保人员门诊特定病种申请表

医疗机构名称:

姓名		性别		出生日期	
身份证号					
人员类别	☐ 在职人员 ☐ 家属人员 ☐ 退休人员				
所在科室			科室电话		
门特名称			疾病名称		
病情摘要	患者病史（或手术史）：				
	医师签名： 年 月 日				
诊疗方案 及项目构成	用药方案：				
	治疗方案：				
	检查项目：				
	医师签名： 年 月 日				
有效期限	年 月 日至 年 月 日				
专科副主任以上医师签名			医保办意见 （盖章）		
参保人签名			参保人联系电话		
备注	本人同意选定该医院作为本人门诊特定病种就诊医院。				

说明：1. 病情摘要须填写主诉、现病史、体格检查、辅助检查等确诊资料；

2.项目构成必须符合医疗保险有关规定。

附件 2

广东省省直机关事业单位 医疗保障参保人员住院备案申请表

医疗机构名称：

姓名		性别		医疗证号	
位管理码		身份证号			
入院时间			入院登记号		
入院诊断			申请日期		
申请理由					
主诊医师签名			科主任(或副主任 以上医师) 签名		
医院医务部门意见(盖章)：			单位意见(盖章)：		
年 月 日			年 月 日		

制单人：

制单时间：

填表说明：

1. 定点医疗机构应在参保人员办理住院登记后 5 个工作日内在省直医保信息系统填报此申请表；
2. 单位应在参保人员入院后 5 个工作日内加具意见并确认备案；
3. 单位意见为“同意”的，本次住院发生的合规医疗费用，方可通过系统自动按照待遇记账；
4. 单位意见为“不同意”的，本次住院所有费用按自费结算且不计入可补助自费费用。

附件 3

广东省省直机关事业单位
医疗保障参保人员使用特殊材料备案申请表

医疗机构名称：

姓名		性别		医疗证号	
单位 管理码		身份证号			
入院诊断			申请日期		
项目名称	申请数量		审核数量	项目单价（元）	
申请理由					
主诊医师签名			科主任（或副主任 以上医师）签名		
医院医务部门意见（盖章）：			单位意见（盖章）：		
年 月 日			年 月 日		

制单人：制单时间：

填表说明：
1. 定点医疗机构应在参保人员使用前，在省直医保信息系统填报此申请表；2. 单位及时加具意见并确认备案；3. 单位备案通过的，本次发生的该种特殊材料医疗费用，方可通过系统自动按照待遇记账；4. 由于参保人员个人原因或定点医疗机构原因无法记账结算的，本次发生的该种特殊材料医疗费用，省直医保基金不予支付。