|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2  随州市（职工、居民）国谈药品“单独使用”使用资格审批表 | | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 | |  | 年龄 |  |  |
| 身份证号 |  | 联系方式 | |  | | |
| 住址 |  | | | | | |
| 疾病名称 |  | | | | | |
| 确诊医疗机构名称 |  | | | | | | |
| 申请使用的双通道目录内药品名称及用法 |  | | | | | | |
| 鉴定依据：(请责任医师填写符合“单独支付”目录内药品医保支付信息表备注栏中的支付依据) | | | | | | | |
| 责任医师意见：  签名：      年 月 日 | | | 定点医疗机构医保办意见：  签名：  盖章：  年 月 日 | | | | |

注：请责任医师指导申请者将符合“单独支付”目录内药品医保支付信息表备注栏中的支付依据原件或复印件（如：出院小结、基因检测报告、诊断证明等）附在表后。