附件6

兰州市基本医疗保险谈判药品（月度）申请表

申请日期： 年 月 日 人员类别：职工口 居民口

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 社会保障卡号（或个人编号） |  | 性别 | 男口女口 |
| 年龄 |  | 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 家庭住址 |  | 疾病名称 |  |
| 申请特殊用药名称 |  |
| 定点医疗机构 |  |
| 定点零售药店 |  |
| 定点医疗机构责任医师填写 | 病情简述（附病例、诊断证明）：医师签名：年 月 日 |
| 医嘱：药品名称（通用名和商品名）： | 一个月用量（用法）： |
| 认定意见：责任医师签名：年月日 |
| 定点医疗机构医保部门意见 | 经办人： （定点医疗机构医保部门盖章）年 月 日 |

注：本表格一式两份，医保经办机构和定点零售药店各一份