

附件 1:

武汉市基本医疗保险“双通道”用药申请表

登记流水号:

申请时间： 年 月 日

姓 名		性 别		年 龄	
社保卡号		身份证号			
人员类别	职工医保 ☐ 居民医保 ☐ 大学生医保 ☐				
工作单位		家庭住址		联系电话	
申请使用药品名称					
定点医院	名称：			编号：	
责任医师	姓名：			工号：	
定点药店					
申请人签字（患者本人）					
以上内容由患者本人或监护人填写					
疾病诊断				确诊时间	年 月 日
申请使用药品名称					
定点医院意见	用药依据				
	用法用量				
	复查建议	请于_____年_____月_____日前，进行病情复查和用药评估。			
	责任医师意见	签名： 签章：			
	医保办意见	(盖章)			

定点药店	(盖章)
------	------

填表说明：

- 1、本表格用于参保人员首次使用“双通道”药品进行备案时填报。
- 2、定点医院是设有“双通道”药品适用专业学科的三级医疗机构以及部分二级眼科专科医疗机构，为参保人员提供“双通道”用药资格认定、用药和病情复查评估等服务。
- 3、定点药店是具有“双通道”药品服务资格的定点零售药店。
- 4、附报：社保卡、身份证、相关疾病的病理检查报告和基因检测报告等病历资料。
- 5、本表一式三份，定点医院、定点药店和参保人员各留存一份。