

## 附件 2

### 门诊慢特病病种待遇信息表

姓名		性别		年龄		<input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 城乡居民医保
身份证件号码				联系电话		
参保地				认定机构	<input type="checkbox"/> 医保经办机构 <input type="checkbox"/> 认定医疗机构	
认定医疗机构名称				认定医疗机构级别		
认定医保经办机构名称				出具病历资料的医疗机构级别		
门诊慢特病病种名称 (编码)						
认定生效日期						
信息确认机构	医保经办机构名称 (盖章): 年 月 日					
备注						

说明：“出具病历资料的医疗机构级别”为参保人员在医保经办机构认定时，其提供病历资料的出具医疗机构级别。