

附件 3

甘肃省省直医疗保险特殊疾病门诊超量带药审核表

姓 名		性 别		年 龄		人员类别	
身份证号码							
工作单位							
特殊疾病病种名称							
选定医疗机构名称							
联系人				联系电话			
申请带药时间		年 月 -- 年 月					
外出 原因							
省社保 局医疗 保险基 金处审 核意见	<p>经办人： 负责人： 年 月 日</p>						

注：此表一式三份，省社保局、定点医疗机构、参保人员各一份