

## 附件 1

## 江西省医疗保险“双通道”药品使用申请及评估表

姓名		性别		相片
医保卡号		年龄		
身份证号		联系电话		
人员类别	<input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 城乡居民医保			
参保属地		工作单位		
“双通道”定点医疗机构		“双通道”定点零售药店		
申请人签字（患者本人）：		年 月 日		
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		药品用法用量及疗程		
当前治疗方案 (总药量)	内容： 方案起止时间： 年 月 日至 年 月 日 已使用量： 本次外购药量： 属于： <input type="checkbox"/> 辅助 <input type="checkbox"/> 一线 <input type="checkbox"/> 二线 <input type="checkbox"/> 三线及以上 联合用药： <input type="checkbox"/> 是（联合用药名称） <input type="checkbox"/> 否			
“双通道”定点医疗机构 申报信息	申请依据： 责任医师签章： 医保管理部门盖章： 年 月 日			
备案意见	备案意见： 参保地医疗保障部门盖章： 年 月 日			

- 注：1. 本表一式三份，参保地医疗保障部门、“双通道”定点医疗机构医保管理部门、参保患者各持一份。  
 2. 需提供的材料：身份证复印件、医保电子凭证或社会保障卡复印件、证明疾病及病情程度必需的相关医疗文书。  
 3. “双通道”定点医疗机构、“双通道”责任医师和参保群众盖章签字视作承诺备案材料真实，备案资格和条件符合相关规定，对备案材料的真实性负责。如有虚假、隐瞒、欺骗，应承担相应的法律责任。  
 4. 申报人或委托人将本表及申报材料提交参保地医保部门备案。