

附件 4

江苏省罕见病用药保障申请表

申请日期： 年 月 日

姓 名		性别		年龄		体重	公斤	
身份证号			户籍所在地					
参保类别	☐ 职工医保 ☐ 居民医保 ☐ 其他		参保属地		市 区（县、市）			
家庭住址			联系电话					
生父或生母 姓名			与患者关系					
身份证号			户籍所在地					
户籍由外省迁 至江苏情况	☐ 无 ☐ ____年____月____日由____迁至江苏____市____派出所							
指定诊断 医疗机构			罕见病病种诊断					
罕见病治疗 药品	☐ 注射用伊米苷酶（思而赞） ☐ 注射用阿加糖酶β（法布赞） ☐ 诺西那生钠注射液							☐ 注射用阿糖苷酶α（美而赞） ☐ 阿加糖酶α注射用浓溶液（瑞普佳） ☐ 依洛硫酸酯酶α注射液（唯铭赞）
确诊时间	年 月 日		定点治疗机构及 责任医师					
省 医 级 院 诊 意 断 见	诊断 依据							
	治疗 方案	1.治疗药品及规格						
		2.用法						
		3.每次使用剂量						
		4.注射方法						
		5.使用频次						
责任医师签字（章）： 医院医保办审核签字（章）： 年 月 日								
省级医保经办 机构意见	年 月 日							

注：1. 本表由指定诊断医疗机构填写，报送至省级医保经办机构审核确认。
2. 对年龄不满5周岁、具有江苏省户籍，且其生父母一方获得江苏省户籍满5年的江苏省基本医疗保险参保人员，须填写生父母一方的姓名、与患者关系、身份证、户籍地信息。
3. 近五年户籍由外省迁移至江苏的参保患者，需填写何时迁入江苏何地。