

附件 6

江苏省罕见病用药保障定点治疗机构变更表

申请日期： 年 月 日

姓 名		性 别		年 龄	
身份证号		首次确诊时间			
罕见病 病种诊断		治疗药品名称			
指定诊断 医疗机构		诊断责任医师			
原定点治疗 机构		原定点治疗 责任医师			
变更后的定 点治疗机构		变更后定点治疗 责任医师			
变更原因		申请人（或监护 人）签字			
原定点治疗 机构意见	1.当前治疗方案： 2.变更意见： 责任医师： 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				