附件 8

# 陇南市城镇职工基本

医疗保险特殊疾病门诊超量带药审批表

日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 | 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 单位名称 |  | 社保卡号 |  |
| 定点医疗机构 |  | 申办病种 |  |
| 有效期 |  |  | 年 | 月 | 日— |  | 年 | 月 |  | 日 |  |  |  |
| 申请带药时间 |  |  | 年 | 月 | 日— |  | 年 | 月 |  | 日 |  |  |  |
| 外出原因 |  |
| 外出证明 |  |
| 市、县区医保经办机构意见 | 经办人： |  | 负责人： |  |  | 年 | 月 |  | 日 |  | 年 | 月 | 日 |

此表一式两份