

附件 2

贵州省医疗保险特殊药品用药条件认定表

年 月 日

姓 名		身份证号码	
疾病诊断			
申 请 使 用 药 品	1	3	
	2	4	
疾病诊治情况及病历资料：			
指定医师意见		医院医保部门意见	
备注：长期异地安置人员，转外就医疾病确诊人员直接向参保地医保经办机构申请办理			