

## 浙江医保患者首次申请资料核对表

序号	材料名称	备注	完成请打“√”
1	浙江省参保证明	1、浙江省医保卡复印件 2、医保部门发放的病（证）历本复印件盖医保章 两者选一即可	
2	患者知情同意书	需由患者本人签字； 若患者本人无法签字，需由直系亲属代签后患者按手印	
3	患者身份证复印件	正反面复印在一张 A4 纸上；必须为有效期内的二代身份证	
4	收入证明信息表	需按照要求将信息填写齐全完整并加盖相关单位红章	
5	直系亲属信息表	需按照要求将信息填写齐全完整并加盖相关单位红章。 以小家庭为单位：未婚人士，提供其父母信息表；已婚人士，提供其配偶及子女信息表。	
6	患者及直系亲属户口本复印件	患者本人页；所有直系亲属户口本复印件。 以小家庭为单位：未婚人士，提供其父母户口本复印件 已婚人士，提供本人及其配偶、子女户口本复印件。	
7	医学条件确认表	信息填写完整需并项目医生签字、盖项目章	
8	影像学报告单复印件	项目医生签字、盖项目章	
9	用药前肺功能报告单复印件	如有请提供 项目医生签字、盖项目章	
10	近1个月后的肺功能报告单复印件	如有请提供 项目医生签字、盖项目章	
11	自购药发票原件 / 复印件	购药渠道必须正规，发票抬头必须为患者本人； 2021年2月28日之前（含2021年2月28日）自购药发票盒数，且有效期为 2020年 7月 1 日之后； 若提供复印件需购药处加盖红章。	

## 浙江医保患者后续申请资料核对表

序号	材料名称	备注	完成请打“√”
1	医学信息随访表	信息填写完整并需项目医生签字、盖项目章	
2	肺功能报告单复印件	如有请提供 项目医生签字、盖项目章	