**附件3**

国家平台赋码：

**定点医药机构互认表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请医药机构 |  | 医院等级 |  |
| 医药机构地址 |  | 联系电话 |  |
| 医药机构执业许  可证号 |  | 医药机构统一  组织代码证号 |  |
| 法人代表姓名 |  | 身份证号码 |  |
| 原定点医疗  保障经办机构 |  | 批准定点时间 |  |
| 原医疗保障经办机构意见：  (一)该医药机构为本统筹区定点医药机构，协议状态正常。 (签字)  原医疗保障监督稽查部门意见：  (二)经查询，该医药机构有/无违规违约问题。  如有：(请写明内容和处理意见) (签字)  原经办机构盖章  年 月 日 | | | |
| 新申请医疗保障经办机构意见：  经审核，对该医药机构定点资格予以互认。  经办机构盖章：  年 月 日 | | | |