**附** **件** **1**

**定点医疗机构申请表**

**(参考样表)**

**申请单位：**

**申请时间：** 年 月 日

**填写说明**

一 、本表采用打印版，要求内容真实。

二、“申请业务内容”一栏是指开展“门诊”“住院”。

三、“医保职能部门”一栏是指医疗机构内部设立或指定的负责医

疗保障业务管理的部门。

**定点医疗机构申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 |  | | 医疗机构等级 | |  |
| 统一社会信用代码 |  | | 所有制形式 | |  |
| 执业许可证号  (诊所备案凭证号) |  | | 主管部门 | |  |
| 经营性质 |  | | 正式运营时间 | |  |
| 批准床位数 |  | | 经营面积 | |  |
| 医疗机构地址 |  | | | | |
| 开户银行 |  | | | | |
| 银行行号 |  | | | | |
| 银行户名 |  | | | | |
| 银行账号 |  | | | | |
| 法定代表人 | 姓名： | | 联系电话： | | |
| 身份证号码： | | | | |
| 主要负责人 (实际控制人) | 姓名： | | 联系电话： | | |
| 身份证号码： | | | | |
| 主管医保工作 负责人 |  | | 联系电话 | |  |
| 医保职能部门 联系人 |  | | 联系电话 | |  |
| 在职职工人数 |  | | 在本单位缴纳社保、 医保人数 | |  |
| 申请业务内容 | 住院□ 门诊□ | | | | |
| 卫技人员汇总  情况(以注册  人员为准) |  | 人数 | | 第一注册地在本机构的人数 | |
| 医生 |  | |  | |
| 护士 |  | |  | |
| 医技 |  | |  | |
| 药师 |  | |  | |
| 合计 |  | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 科室设置、医护人 员(以注册人员为 准)、病床数情况 | 科室 | 住院开放 床位数 | 医生人数  (其中第一注册地在  本医疗机构的人数) | | 护士人数 | 其他 |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
| 大型医疗设备信息 | 品种 | | 型号及数量 | | 购买年月 | 有效期 |
|  | |  | |  |  |
|  | |  | |  |  |
|  | |  | |  |  |
|  | |  | |  |  |
|  | |  | |  |  |
|  | |  | |  |  |
| 申 请 承 诺 | 本机构自愿申请承担医疗保障服务，并严格遵守医疗保障有关管 理规定，对所提交资料的真实性负责，如有虚假不实，本机构将承担由此带来的一切法律、经济等方面的后果及责任。  本机构已认真阅读《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》(国家医疗保障局令第2号)申请定点相关要求，无第十二条不予受理情形；已认真阅读第七师胡杨河市医疗保障定点医疗机构协议管理要求，承诺在申请纳入协议管理后严格遵守协议管理的各项要求。  法定代表人签字： (单位盖章  年 月 日 | | | | | |
| 联系人 |  | | 联系电话 |  | | |

**风险提示：申请定点的医疗机构有可能存在前期经费投入，当评估不合格时可能会产生经济损失。**