附件1

汕尾市基本医疗保险

定点医疗机构申请表

申请单位(盖章）:

申请时间:

二〇 年 月

填 表 说 明

一、本表用黑色钢笔（签字笔）填写或计算机打印。申请单位应按表内要求认真填写，内容务必真实可靠，字迹应端正、清晰。

二、申请时提交本表一式一份。本表概不退回，由医保经办机构存查。

三、提交本申请表时，需附以下材料：

1.《医疗机构执业许可证》、《事业单位法人证书》（或《民办非企业单位登记证书》、《营业执照》）、《银行开户许可证》复印件；

2.医疗机构等级评审文件、设置批准书或者卫生健康行政部门出具的相当等级证明材料;

3.在职人员名册表，全体员工（含法人代表）的身份证复印件、劳动合同复印件、《在职人员参保人员花名册》原件;

4.医护专业技术人员的职称证书、执业证书复印件；

5.医疗医技设备清单及购进发票（或采购合同）复印件及药品清单;

6.医疗机构营业场所产权或租赁合同相关资料复印件;

7.医保经办机构规定的其他材料。

申请单位提交上述材料时，需提供各证件原件（或副本）核查。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 | | |  | | 经营性质 | | | |  | |
| 所有制形式 | | |  | | 服务对象 | | | |  | |
| 医疗机构类别 | | |  | | 医院等级 | | | |  | |
| 法定代表人 | | |  | | 联系电话 | | | |  | |
| 主要负责人 | | |  | | 营业场所面积 | | | |  | |
| 开业时间 | | |  | | HIS系统开发商 | | | |  | |
| 经营地址 | | |  | | | | | | | |
| 医疗保险服务管理部门 | | | | |  | | | | | |
| 医保负责人 | | |  | | 联系电话 | | | |  | |
| 申请事项办理人 | | |  | | 联系电话 | | | |  | |
| 医疗机构执业许可证号 | | | |  | | | | | | |
| 诊疗科目 | | | |  | | | | | | |
| 医疗机构开户银行及账号 | | | |  | | | | | | |
| 上年业务收入  （万元） | |  | | 医疗收入 （万元） | |  | 药品收入（万元） | | |  |
| 上年业务支出  （万元） | |  | | 医疗支出 （万元） | |  | 药品支出（万元） | | |  |
| 上年门诊人次  （人） | |  | | 门诊次均 费用（元） | |  | 门诊次均 药费（元） | | |  |
| 上年住院人次  （人） | |  | | 住院床日 费用（元） | |  | 平均住院 日（日） | | |  |
| 药品种数 | | | |  | | 其中医疗保险药品种数 | | | |  |
| 已开展医疗项目数 | | | |  | | 其中医保范围内项目数 | | | |  |
| 核定床位数 | | | |  | | 实际开放床位数 | | | |  |
| 科室设置基本信息 | | | | | | | | | | |
| 科室 | 床位数 | | | 科室 | | 床位数 | | 科室 | | 床位数 |
|  |  | | |  | |  | |  | |  |
| 科室 | 床位数 | | | 科室 | | 床位数 | | 科室 | | 床位数 |
|  |  | | |  | |  | |  | |  |
| 以上科室设置基本信息填写位置不足，可按照该格式单独制表填写并在此处注明 | | | | | | | | | | |
| 人员构成 | 总人数 | | | 高级职称 | | 中级职称 | | 初级职称 | | 其他 |
| 医生 |  | | |  | |  | |  | |  |
| 护士 |  | | |  | |  | |  | |  |
| 医技人员 |  | | |  | |  | |  | |  |
| 药学人员 |  | | |  | |  | |  | |  |
| 其他人员 |  | | |  | |  | |  | |  |
| 合计 |  | | |  | |  | |  | |  |
| **申请医疗机构承诺** | 本医疗机构自愿承担汕尾市基本医疗保险医疗服务，申请成为汕尾市基本医疗保险定点医疗机构，并对以下事项作出承诺：  1.承诺所提供的资料真实完整。  2.承诺本医疗机构自申请之日起前一年内没有被卫生健康、市场监管、医疗价格等行政部门处罚的记录。如提供的材料与事实不符，将承担提供虚假材料所造成的一切后果。  3.承诺签订服务协议前按要求完善医疗保险信息系统。  4.本医疗机构已了解并知晓申请定点医疗服务资格的全部流程，承诺按照相应流程提供相关材料并配合相关部门开展工作。  5.如签订服务协议，承诺严格按医疗保险相关政策和协议要求规范医疗保险服务，如有违规行为，将承担相应责任。    （公章）  经办人签字： 法人代表签章：    申请日期： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| **县级经办机构初审意见** | 经办人员（签名）： （公章）  负责人（签名）： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| **市级经办机构意见** | 经办人员（签名）： （公章）  负责人（签名）： 年 月 日 | | | | | | | | | |

注：1.自接受申请材料次月起10个工作日内进行材料初审，对材料齐全的予以填写材料审查情况及经办机构意见，同意申请的须出具受理回执，并将本申请书汇入医疗机构申请材料中按规定上报。

2.材料不齐全或不符合要求的，经办机构应在5个工作日内填写《申请材料补正通知书》一次性告知申请单位需补正的材料；申请单位按规定予以补正材料的，按以上第1点进行审核受理。