附件1

**泉州市医疗保障**

**定点医疗机构申请表**

申请单位：

申请时间：

**填 写 说 明**

一、该表填写，要求字迹工整清楚，内容真实。

二、医疗机构医保定点申请提交材料：

1.定点医疗机构申请表

2.医疗机构执业许可证或中医诊所备案证或军队医疗机构为民服务许可证照复印件

3.与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本

4.与医保有关的医疗机构信息系统相关材料

5.纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告

备注：上述材料均需加盖申请单位公章。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 | | | | |  | | | | | |
| 统一社会信用代码 | | | | |  | | | | | |
| 注册地址 | | | | |  | | | | | |
| 注册面积 | | | | |  | | 建筑面积 | |  | |
| 法定代表人 | | 姓名 | | |  | | 联系方式 | |  | |
| 身份证号 | | |  | | | | | |
| 主要负责人 | | 姓名 | | |  | | 联系方式 | |  | |
| 身份证号 | | |  | | | | | |
| 实际控制人 | | 姓名 | | |  | | 联系方式 | |  | |
| 身份证号 | | |  | | | | | |
| 医疗机构成立时间 | | | | |  | | 医疗机构等级 | |  | |
| 医疗机构性质 | | | | |  | | 医疗机构类别 | |  | |
| 医疗机构执业许可证发证机关 | | | | | |  | | | | |
| 医疗机构执业许可证登记号 | | | | | |  | | | | |
| 医疗机构执业许可证  发证日期 | | | | |  | | 许可证有效期开始日期 | | |  |
| 许可证有效期截止日期 | | |  |
| 执业地址行政区划 | | | | |  | | 执业地址 | |  | |
| 服务对象 | | | | |  | | 诊疗科目 | |  | |
| 编制床位数 | | | | |  | | 实际开放床位数 | |  | |
| 收费等级 | | | | |  | | 医疗用房性质 | |  | |
| 银行账号 | | | | |  | | 银行开户行 | |  | |
| 是否配有专（兼）职医保管理人员 | | | | | | | | |  | |
| 是否设有内部医保管理部门 | | | | | | | | |  | |
| 是否具有符合医保协议管理要求的信息系统 | | | | | | | | |  | |
| 是否设立医保药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材、疾病病种等基础数据库 | | | | | | | | |  | |
| 是否建立进销存信息系统 | | | | | | | | |  | |
| 是否建立门诊信息系统 | | | | | | | | |  | |
| 是否建立住院信息系统 | | | | | | | | |  | |
| 卫生技术人员构成 |  | | 高级职称 | | | | | 中级职称 | 初级职称 | |
| 医生 | |  | | | | |  |  | |
| 护士 | |  | | | | |  |  | |
| 药师 | |  | | | | |  |  | |
| 医技 | |  | | | | |  |  | |
| 合计 | |  | | | | |  |  | |
| 已设主要管理制度、  台账名称 | | |  | | | | | | | |
| 联系人姓名 | | |  | | | | | 联系人固话 |  | |
| 联系人手机号 |  | |
| 申请日期 | | | 年 月 日 | | | | | | | |
| 单位承诺 | | | | 本单位承诺：  1.本单位不存在《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》规定的不予受理定点申请的情形。  2.本单位所有填报的资料全部真实、完整、合法有效，如因违反上述承诺造成的任何后果或不良影响，本单位一律自行承担责任。    法人代表人签字： 单位公章：  年 月 日 | | | | | | |

备注：本表（含附页，下同）及提供的办理材料需加盖单位公章。本表需同时提交电子版本。