附件1

定点医疗机构申请表

申请单位

申请时间

填 写 说 明

一、本表可用钢笔、水性笔填写，要求字迹工整清楚，内容真实。

二、“申请内容”一栏填写内容为 “×××医疗机构自愿申请成为XX医疗保障定点医疗机构，严格执行医疗保障相关的政策、法规，竭诚为参保人员提供基本医疗服务，接受医疗保障部门的监督和管理；承诺申请材料内容属实，不存在弄虚作假情况，如存在，愿承担一切后果并自愿放弃本次申请及3年内再次申请资格”。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 | |  | | | | | |
| 单位地址 | |  | | | | | |
| 法定代表人  （负责人） | |  | | 身份证号 |  | | |
| 法定代表人  （负责人）电话 | |  | | | 单位对外电话 | |  |
| 联系人 | |  | | | 联系人电话 | |  |
| 营业执照  （统一社会信用代码） | | |  | | | | |
| 所有制形式 | |  | | | 经营性质 | | □营利 □非营利 |
| 对公账户开户行名称 | |  | | | | | |
| 户 名 | |  | | | | | |
| 账 号 | |  | | | | | |
| 医疗机构执业许可证号 | |  | | | 医疗机构执业许可证发证时间 | |  |
| 医疗机构等级 | |  | | | 场所面积 | | m2 |
| 诊疗科目 | |  | | | 服务类型 | | □门诊 □住院 |
| 科室情况 | | 临床科室： 个  医技科室： 个 |
| 床位情况 | | 核定床位： 张  开放床位： 张 |
| 人  员  组  成 | 执业医师 | 共 人，其中:高级职称 人，中级职称 人，初级职称 人。 | | | | | |
| 注册护士 | 共 人，其中:高级职称 人，中级职称 人，初级职称 人。 | | | | | |
| 医技（含药剂）人员 | 共 人，其中:高级职称 人，中级职称 人，初级职称 人。 | | | | | |
| 其他人员 | 共 人 | | | 合 计 | | 人 |
| 是否正式运营满3个月 | | | | | | | □是 □否 |
| 是否至少有1名取得医师执业证书、乡村医生执业证书或中医（专长）医师资格证书且第一注册地在该医疗机构的医师 | | | | | | | □是 □否 |
| 是否由主要负责人负责医保工作，配备专（兼）职医保管理人员；100张床位以上的医疗机构设内部医保管理部门，安排专职工作人员 | | | | | | | □是 □否 |
| 是否具有符合医保协议管理要求的医保管理制度、财务制度、统计信息管理制度、医疗质量安全核心制度等 | | | | | | | □是 □否 |
| 是否具有符合医保协议管理要求的医院信息系统技术和接口标准，实现与医保信息系统有效对接 | | | | | | | □是 □否 |
| 医院信息系统是否具备药品、医用耗材等管理功能并能真实记录“进、销、存”等情况 | | | | | | | □是 □否 |
| 是否按照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核准的服务范围执业 | | | | | | | □是 □否 |
| 是否以医疗美容、辅助生殖、生活照护、种植牙等非基本医疗服务为主要执业范围 | | | | | | | □是 □否 |
| 基本医疗服务是否执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策 | | | | | | | □是 □否 |
| 是否存在以下情形：未依法履行行政处罚责任的；以弄虚作假等不正当手段申请定点，自发现之日起未满3年；因违法违规被解除医保协议未满3年或已满3年但未完全履行行政处罚法律责任；因严重违反医保协议约定而被解除医保协议未满1年或已满1年但未完全履行违约责任 | | | | | | | □是 □否 |
| 法定代表人、主要负责人或实际控制人是否曾因严重违法违规导致原定点医疗机构被解除医保协议，未满5年 | | | | | | | □是 □否 |
| 法定代表人、主要负责人或实际控制人是否被列入失信人名单 | | | | | | | □是 □否 |
| 申请医保定点前3个月诊疗服务量情况（ 年 月至 年 月） | | 总收入  （万元） | | | | 总支出  （万元） | |
|  | | | |  | |
| 申请内容 | | （申请单位印章）  法定代表人签字 年 月 日 | | | | | |