

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”业务。
- 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		医疗机构地址			
统一社会信用代码		所有制形式			
执业许可证号		主管部门			
经营性质		正式运营时间			
批准床位数		经营面积			
基本账户开户银行及账号		医疗机构等级			
法定代表人		联系电话			
	身份证号码:				
实际控制人 (主要负责人)		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		在本单位购买社保人数			
申请业务内容	住院 <input type="checkbox"/> 门诊 <input type="checkbox"/>				
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

	品种	型号及数量	购买年月	有效期
大型医疗设备信息				

申 请 承 诺	<p> 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。 </p> <p> 本机构已认真阅读国家医保局令第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xxx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各项管理规定。 </p> <p style="text-align: center;"> 法定代表人签字： 单位盖章 </p> <p style="text-align: center;"> 年 月 日 </p>		
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。