医疗保障定点医疗机构申请表

（参考模板）

申请单位： XXXX

申请时间： XXXX年 XX月 XX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”或“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。

医疗保障定点医疗机构申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 | | XX | | 医疗机构地址 | | | | XX | | |
| 社会统一信用代码 | | XX | | 所有制形式 | | | | XX | | |
| 执业许可证号 | | XX | | 主管部门 | | | | XX | | |
| 经营性质 | | XX | | 正式运营时间 | | | | XX | | |
| 批准床位数 | | XX | | 经营面积 | | | | XX | | |
| 基本账户开户银行及账号 | | XX | | 医疗机构等级 | | | | XX | | |
| 法定代表人 | | XX | | 联系电话 | | | | XXXXXXXXXX | | |
| 身份证号码：XXXXXXXXXXXXXX | | | | | | | | |
| 实际控制人  （主要负责人） | | XX | | 联系电话 | | | | XXXXXXXXXX | | |
| 身份证号码：XXXXXXXXXXXXXX | | | | | | | | |
| 主管医保工作  负责人 | | XXX | | 联系电话 | | | | XXXXXXXXXX | | |
| 医保职能部门  联系人 | | XXX | | 联系电话 | | | | XXXXXXXXXX | | |
| 在职职工人数 | | XX | | 在本单位购买社保、医保人数 | | | | XX | | |
| 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 | XX | | XX | | | | | |
| 护　士 | XX | | XX | | | | | |
| 医　技 | XX | | XX | | | | | |
| 药　师 | XX | | XX | | | | | |
| 合　计 | XXX | | XX | | | | | |
| 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 | |
| XX | XXX | | XX | | XX | | |  | |
| XX | XXX | | XX | | XX | | |  | |
| XX | XXX | | XX | | XX | | |  | |
| 大型医疗设备信息 | | 品种 | | | 型号及数量 | | 购买年月 | | | 有效期 |
| XXX | | | XX | | XXXX | | | XX |
|  | | |  | |  | | |  |
|  | | |  | |  | | |  |
|  | | |  | |  | | |  |
|  | | |  | |  | | |  |
|  | | |  | |  | | |  |
|  | | |  | |  | | |  |
|  | | |  | |  | | |  |
|  | | |  | |  | | |  |
|  | | |  | |  | | |  |
|  | | |  | |  | | |  |
|  | | |  | |  | | |  |
|  | | |  | |  | | |  |
|  | | |  | |  | | |  |
|  | | |  | |  | | |  |
|  | | |  | |  | | |  |
|  | | |  | |  | | |  |
|  | | |  | |  | | |  |
|  | | |  | |  | | |  |
|  | | |  | |  | | |  |
|  | | |  | |  | | |  |
|  | | |  | |  | | |  |
|  | | |  | |  | | |  |
| 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。  本机构已认真阅读国家医疗保障局令第2号申请定点相关要求，不具有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。  法定代表人签字：XXX 单位盖章  XXXX年XX月XX日 | | | | | | | | | |
| 联系人 | XXX | | | | | 联系电话 | | | XXXXXXXXX | |

**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。**