附件 2

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 |  | | 执业许可证号 | |  |
| 类别 | (见填表说明) | | 级别 | |  |
| 经营性质 | □政府举办非营利性  □非政府办非营利性 口营利性 | | 经营面积  (平方米) | |  |
| 所有制形式 | □全民 □集体 □私人  □中外合资(合作)□其他(股份制、股份合作制) | | | | |
| 正式运营时间 |  | | 主管部门 | |  |
| 基本账户开户银行 及账号 |  | | | | |
| 法定代表人 | 姓名： | | 联系电话： | | |
| 身份证号码： | | | | |
| 实际控制人  (主要负责人) | 姓名： | | 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 |  | | 在本单位缴纳社保、 医保人数 | |  |
| 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 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 大型医疗设备信息 | 品种 | | 型号及数量 | 购买年月 | 有效期 |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
| 申请定点类别 | □医保个人账户□普通门诊统筹口住院统筹□门诊慢特病 | | | | |
| 申请定点次数 | □首次□第二次□第三次□其他 | | | | |
| 此前历次评估发现 问题及整改情况 |  | | | | |
| 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《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》 (国家医疗保障局令第 2 号)申请定点相关要求，无第十二条不予 受理情形；已认真阅读枣庄市医疗保障定点医疗机构协议管理要 求，承诺在纳入协议管理后严格遵守协议管理的各项要求。  法定代表人签字： (单位盖章)  年 月 日 | | | | |
| 备注 |  | | | | |

填写说明：“ 医疗机构类别”按国家 2 号令第五条内容选填。