台州市基本医疗保险

定点医疗机构协议管理申请书

申请单位\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

申请时间\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

填 写 说 明

一、本表用钢笔填写，要求字迹工整清楚，内容真实。

二、医疗机构提交本申请书时，要附以下材料（加盖单位公章）：

1．《医疗机构执业许可证》的正、副本复印件。营利性医疗机构另需提供《营业执照》的原件及复印件各一份；

2．县级及以上卫生计生部门确认的医疗机构等级证明（无等级不需提供）、执业医师（包括执业助理医师、乡村医师）注册证明等相关材料原件及复印件各一份；

3．已开展的医疗服务项目及价格清单、药品及价格清单（注明是否属于医保目录内），经省卫生计生部门批准购置的大型医用设备清单一份；

4．医疗机构用房产权证明或经房产主管部门备案的租赁合同、平面布局图等相关资料原件及复印件各一份

5．医疗机构工作人员花名册，退休返聘人员需提供聘用合同一份；

6．法定代表人、经办人身份证明复印件各一份

7．申请材料一式两份装订成册

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 | | |  | | | 医疗机构其他  名称 | |  | |
| 所有制形式 | | |  | | | 法定代表人 | |  | |
| 法定代表人  身份证号 | | |  | | | 法定代表人  联系电话 | |  | |
| 医院等级 | | |  | | | 邮政编码 | |  | |
| 是否分支机构 | | |  | | | 上级医疗机构名称 | |  | |
| 经营性质 | | |  | | | 开业时间 | |  | |
| 单位用房性质  （自有/租赁） | | |  | | | 单位用房租赁合同剩余有效期限 | |  | |
| 面积 | | |  | | | 距离300米内，有无其他定点  医疗机构 | |  | |
| 单位地址 | | |  | | | | | | |
| 申请事项办理人 | | |  | | | 联系电话 | |  | |
| 医疗机构执业  许可证号 | | |  | | | 执业许可证  取得时间 | |  | |
| 统一社会信用  代码 | | |  | | | 民办非企业单位  登记证号 | |  | |
| 诊疗科目 | | |  | | | | | | |
| 人员构成 | | 总人数 | | 高级职称 | 中级职称 | | 初级职称 | | 其他 |
| 医师 | |  | |  |  | |  | |  |
| 其中：第一执业点医师 | |  | |  |  | |  | |  |
| 护士 | |  | |  |  | |  | |  |
| 医技人员 | |  | |  |  | |  | |  |
| 药学人员 | |  | |  |  | |  | |  |
| 其他人员 | |  | |  |  | |  | |  |
| 合计 | |  | |  |  | |  | |  |
| 具有1年以上稳定工作(劳务)关系人数 | | |  | | 参加社会保险人数 | | |  | |
| 核定床位数 | | |  | | 实际开放床位数 | | |  | |
| 配备药品种数 | | |  | | 其中医保  药品种数 | | |  | |
| 已开展医疗服务  项目数 | | |  | | 其中医保范围内  医疗服务项目数 | | |  | |
| 50万以上大型医用仪器设备数量 | | |  | | 50万以上大型医用仪器设备名称 | | |  | |
| 近一年内有无  行政处罚记录 | | |  | | 近一年内有无重大医疗事故 | | |  | |
| 同一法人主体（投资主体）的相关定点医药机构，  1年内有无因违规被暂停、解除或终止医保服务协议和正在接受经办机构调查处理等情况的的记录 | | | | | | | |  | |
| 是否已安装医疗结算影像设备 | | |  | | 是否承诺提供医疗结算影像信息 | | |  | |
| 申请  单位  意见 | 自愿承担 基本医疗保险服务，申请成为医疗保险定点医疗机构，并承诺所填写的信息、证明材料真实有效。如与事实不符，将承担提供虚假材料所造成的一切后果。  （单位印章）  （法人代表签章）  经办人签字：  申请时间 年 月 日 | | | | | | | | |