|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2  医疗机构申报基本医疗保险定点协议管理申请表 | | | | | | |
| 单位名称 | |  | | | | |
| 统一社会信用代码 | |  | | 法定代表人 | |  |
| 法人代表身份证号 | |  | | 法人联系方式 | |  |
| 营业执照（事业单位法人证、民办非证）核发时间 | |  | | 邮政编码 | |  |
| 营业执照等登记证照类型 | |  | | 营业执照等登记证照号 | |  |
| 医疗机构等级 | |  | | 服务对象 | |  |
| 是否公立 | |  | | 经济类型 | |  |
| 医疗执业许可证  取得时间 | |  | | 医疗执业许可证  到期时间 | |  |
| 执业地址 | |  | | 主管部门 | |  |
| 是否配有医保工作专  （兼）职人员 | |  | | 是否设有医保办公室 | |  |
| 是否建立药品、耗材、  财务内部管理制度 | |  | | 是否有符合医保  要求的信息系统软硬件环境 | |  |
| 机构类别 | |  | | 行政区划 | |  |
| 执业许可机关 | |  | | 执业地址 | |  |
| 建筑面积 | |  | | 套内实际使用面积 | |  |
| 联系人 | |  | | 联系方式 | | 固话 |
| 手机 |
| 医疗用房性质 | |  | | 近1年内有无重大医疗事故 | |  |
| 近1年内有无行政处罚记录 | |  | |
|
| 职工总数 | |  | | 参加社会保险人数 | |  |
| 近1年是否按时足额缴纳社保费 | |  | | 参保情况说明 | |  |
|
| 核定住院床位数 | |  | | 实际住院开放床位数 | |  |
| 卫生技术人员  构成 |  | | | 高级职称 | 中级职称 | 初级职称 |
| 医 生 | | |  |  |  |
| 护 士 | | |  |  |  |
| 药 师 | | |  |  |  |
| 医 技 | | |  |  |  |
| 合 计 | | |  |  |  |
| 建立门诊信息系统 | |  | 建立住院信息系统 |  | 建立进销存信息系统 |  |
|
| 已设主要管理制度、台帐名称 | |  | | | | |
| 申请日期及时间 年 月 日 时: 分 | | | | | | |
| 单位承诺 | | 本单位承诺：所有上传填报的资料全部真实、完整、合法、有效，如因违反上述承诺造成的任何后果或不良影响，本单位一律自行承担责任。 法人签字： 单位公章： | | | | |
|  | | | | | | |