|  |
| --- |
| 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： |
|  |