附件1

信阳市基本医疗保险

定点医疗机构申请书

申请单位

申请时间

信阳市社会医疗保险中心统一印制

填 写 说 明

一、本表用钢笔或水笔填写，要求字迹工整清楚，内容真实。

二、“医院等级”一栏由医院填写，其他类别的医疗机构不填写。

三、“基本医疗保险管理部门”一栏是指医疗机构内部设立或指定的负责城镇基本医疗保险定点服务管理的部门。

四、“申请内容”一栏由医疗机构填写申请定点医疗机构资格的意向。

五、最后一栏分别由市、县区医疗保险经办机构负责填写。

六、医疗机构向医疗保险经办机构提交本申请书时，要附以下材料：

1.申请书（两份）；2.《医疗机构执业许可证》复印件；非营利医疗机构《收费许可证》复印件；3.组织机构代码，开户银行账户及医疗机构资产情况；4.医疗机构地理位置图和占地面积，房产证书或租赁房产证书及合同书等相关资料；5.上一年度业务收支情况和门诊、住院诊疗服务量以及可承担的医疗服务能力；6.诊疗科目和科室设施情况；7.大型医疗仪器设备清单和医院床位情况；8.购进药品、医疗仪器设备渠道和对方资质材料；9.各类专业技术人员名单、职称证书等；10.物价、食品药品监督管理部门近一年监督检查合格的证明材料；11.市人力资源和社会保障部门规定的其他材料。

七、申请书一式两份，其他材料一式一份。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | |  | | | | | | |
| 机构代码 | |  | | | 法人代表 | |  | |
| 所有制形式 | |  | | | 机构类别 | |  | |
| 医院等级 | |  | | | 邮政编码 | |  | |
| 单位地址 | |  | | | | | | |
| 基本医疗保险管理部门 | |  | | | | | | |
| 联系人 | |  | | | 联系电话 | |  | |
| 执业许  可证号 | |  | | | | | | |
| 单位开户银行及账号 | |  | | | | | | |
| 卫生技术人员构成 |  | | 总人数 | 高级职称 | | 中级职称 | | 初级职称 |
| 医 生 | |  |  | |  | |  |
| 护 士 | |  |  | |  | |  |
| 医技人员 | |  |  | |  | |  |
| 其他人员 | |  |  | |  | |  |
| 合 计 | |  |  | |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 科室设置及病床数 | 科室 | 床位数 | 科室 | 床位数 | 科室 | 床位数 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 申请内容 | (申请单位印章)  法人代表签字 年 月 日 | | | | | |
| 市(县区)医疗保险经办机构意见 | 印 章  年 月 日 | | | | | |