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、定点医疗机构申请表;2、医疗机构执业许可证或中医诊所备案证或军队医疗机构为民服务许可证照复印件(其中营利性医疗机构提供营业执照正副本复印件,非营利性医疗机构提供事业单位法人证书或民办非企业单位登记证书复印件);申请新增医保定点医疗机构的,医疗机构证、照名称一致；3、与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本；4、与医保有关的医疗机构信息系统相关材料；5、纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；6、县级以上卫生健康行政部门批转的医疗机构等级证明（或批转文件）;7、医疗机构房屋产权证明或租赁合同,平面布局图、营业场所门头和店内营业环境图片真实照原件及复印件；8、国家、省、市医保局规定的其他材料。

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 | | | | | |