附件一

表单号：1400513-S1

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：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 |  | 医疗机构其他名称 |  |
| 所有制形式 |  | 法定代表人姓名 |  |
| 法定代表人身份证号码 |  | 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 |  |
| 建筑面积 |  | 300米内有无其他定点医疗机构 |  |
| 单位地址 |  |
| 单位经办人 |  | 联系电话 |  |
| 医疗机构执业许可证号 |  | 执业许可时间 |  |
| 变更记录（近三年） |  |
| 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 | 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 |  |  |  |  |  |
| 1年以上稳定工作关系人数 |  | 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 |  |
| 50万元以上大型医用仪器设备数量 |  | 50万元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监控设备 |  | 是否承诺提供医疗结算监控信息 |  |
| 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。法定代表人签字： 单位 （盖章）年 月 日 |