

附件 1

医疗保障定点医疗机构申请表

( 参 考 模 板 )

申请单位：\_\_\_\_\_

申请时间：        年        月        日

## 填写说明

一、本表采用打印版，要求内容真实。

二、“申请业务内容”一栏是指开展“门诊”、“住院”或“门诊+住院”。

三、“医保职能部门”一栏是指医疗机构内部设立或指定的负责医疗保障业务管理的部门。

## 医疗保障定点医疗机构申请表

|                              |                                                         |               |                        |      |    |
|------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------|------------------------|------|----|
| 医疗机构名称                       |                                                         | 医疗机构地址        |                        |      |    |
| 社会统一信用代码                     |                                                         | 所有制形式         |                        |      |    |
| 执业许可证号                       |                                                         | 主管部门          |                        |      |    |
| 经营性质                         |                                                         | 正式运营时间        |                        |      |    |
| 批准床位数                        |                                                         | 经营面积          |                        |      |    |
| 基本账户开户银行及账号                  |                                                         | 医疗机构等级        |                        |      |    |
| 法定代表人                        |                                                         | 联系电话          |                        |      |    |
|                              | 身份证号码：                                                  |               |                        |      |    |
| 实际控制人<br>(主要负责人)             |                                                         | 联系电话          |                        |      |    |
|                              | 身份证号码：                                                  |               |                        |      |    |
| 主管医保工作负责人                    |                                                         | 联系电话          |                        |      |    |
| 医保职能部门联系人                    |                                                         | 联系电话          |                        |      |    |
| 在职职工人数                       |                                                         | 在本单位购买社保、医保人数 |                        |      |    |
| 申请业务内容                       | 住院 <input type="checkbox"/> 门诊 <input type="checkbox"/> |               |                        |      |    |
| 卫技人员<br>汇总情况<br>(以注册人员为准)    |                                                         | 人数            | 第一注册地在本机构的人数           |      |    |
|                              | 医 生                                                     |               |                        |      |    |
|                              | 护 士                                                     |               |                        |      |    |
|                              | 医 技                                                     |               |                        |      |    |
|                              | 药 师                                                     |               |                        |      |    |
|                              | 合 计                                                     |               |                        |      |    |
| 科室设置、医护人员<br>(以注册人员为准)、病床数情况 | 科室                                                      | 住院<br>开放床位数   | 医生人数(其中第一注册地在本医疗机构的人数) | 护士人数 | 其他 |
|                              |                                                         |               |                        |      |    |
|                              |                                                         |               |                        |      |    |
|                              |                                                         |               |                        |      |    |



