

附件 2

|                                                                              |                                        |                 |                |                   |                                 |            |                 |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------|----------------|-------------------|---------------------------------|------------|-----------------|
| 省本级定点医疗机构基本医疗保险预付金使用申请表                                                      |                                        |                 |                |                   |                                 |            |                 |
| 定点医疗机构名称                                                                     |                                        |                 |                | 定点医疗机构编码          |                                 |            | 医疗机构级别          |
| 定点医疗机构自查情况                                                                   |                                        |                 |                |                   |                                 |            |                 |
| 住院是否正常结算满一年以上                                                                | 上年度是否中止医保协议                            | 是否按医疗卫生行业规范进行管理 | 医院经营是否正常       | 医院财务管理制度是否健全      | 有无未履行完毕生效法律文书确认的债务的情形           | 有无财产被保全的情况 | 是否按规定进行在用器械线上采购 |
|                                                                              |                                        |                 |                |                   |                                 |            |                 |
| 是否实现“三流合一”                                                                   | 上年收支结余（或利润）                            | 上年资产负债率         | 上年现金及现金等价物净增加额 | 有无作为被执行人尚未执行终结的案件 | 在药械采购中是否有违规行为、拖欠货款行为被医疗保障行政部门通报 |            |                 |
|                                                                              |                                        |                 |                |                   |                                 |            |                 |
| 医保基金上年度结算支付额（万元）                                                             | 城镇职工医疗保险                               |                 |                |                   | 省内异地就医                          |            |                 |
|                                                                              |                                        |                 |                |                   |                                 |            |                 |
| 定点医疗机构预付金使用申请                                                                | 我院符合预付金申请条件，按规定申请预付金，并承诺对所提交的资料的真实性负责。 |                 |                |                   |                                 |            |                 |
|                                                                              | 医院负责人：（签字并在此处加盖公章）                     |                 |                |                   |                                 | 年 月 日      |                 |
| 备注：1. 定点医疗机构提交申请时，需同时提交加盖公章的上年财务年度报表及偿债能力承诺书。                                |                                        |                 |                |                   |                                 |            |                 |
| 2. 定点社会办医疗机构在提交申请表时，需同时提交营业执照复印件、《人民银行征信报告》、法定代表人身份证复印件、法定代表人个人征信报告及连带担保承诺书。 |                                        |                 |                |                   |                                 |            |                 |
| 3. 办理地址：成都市锦江区永兴巷15号院3号楼四川省医疗保障事务中心医药服务部 电话：86523063                         |                                        |                 |                |                   |                                 |            |                 |