附件1

贵州省医疗保障定点医疗机构申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 | |  | | | | |
| 统一社会信用代码 | |  | | | | |
| 注册地址 | |  | | | | |
| 注册面积 | |  | | 建筑面积 |  | |
| 法定代表人 | 姓名 |  | | 联系方式 |  | |
| 身份证号 |  | | | | |
| 主要负责人 | 姓名 |  | | 联系方式 |  | |
| 身份证号 |  | | | | |
| 实际控制人 | 姓名 |  | | 联系方式 |  | |
| 身份证号 |  | | | | |
| 医疗机构成立时间 | |  | | 医疗机构等级 |  | |
| 医疗机构性质 | |  | | 医疗机构类别 |  | |
| 医疗机构执业许可证发证机关 | | |  | | | |
| 医疗机构执业许可证登记号 | | |  | | | |
| 医疗机构执业许可证发证日期 | |  | | 许可证有效期开始日期 | |  |
| 许可证有效期截止日期 | |  |
| 执业地址行政区划 | |  | | 执业地址 |  | |
| 服务对象 | |  | | 诊疗科目 |  | |
| 编制床位数 | |  | | 实际开放床位数 |  | |
| 收费等级 | |  | | 医疗用房性质 |  | |
| 银行账号 | |  | | 银行开户行 |  | |
| 是否配有专（兼）职医保管理人员 | | | | |  | |
| 是否设有内部医保管理部门 | | | | |  | |
| 是否具有医保管理、财务、统计信息管  理、医疗质量安全核心制度 | | | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 是否具有符合医保协议管理要求的信息系统 | | | |  | |
| 是否设立医保药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材、疾病病种等基础数据库 | | | |  | |
| 是否建立进销存信息系统 | | | |  | |
| 是否建立门诊信息系统 | | | |  | |
| 是否建立住院信息系统 | | | |  | |
| 卫生技术  人员构成 |  | 高级职称 | 中级职称 | | 初级职称 |
| 医生 |  |  | |  |
| 护士 |  |  | |  |
| 药师 |  |  | |  |
| 医技 |  |  | |  |
| 合计 |  |  | |  |
| 已设主要管理制  度、台账名称 | |  | | | |
| 联系人姓名 | |  | 联系人固话 |  | |
| 联系人手机号 |  | |
| 申请日期 | | 年 月 日 | | | |
| 单位承诺 | | 本单位承诺：所有上传填报的资料全部真实、完整、合法、有效， 如因违反上述承诺造成的任何后果或不良影响，本单位一律自行承担责任。  法定代表人签字： 单位公章：  年 月 日 | | | |