

附件2

宜兴市社会医疗保险 定点医疗机构申请书

申请单位: _____

申请时间: _____

宜兴市医疗保险管理中心印制

填写说明

- 1、该表用黑色水笔填写，要求字迹工整清楚，内容真实。
- 2、“医院等级”一栏仅由提供住院服务的医疗机构填写，其他类别的医疗机构不填写。
- 3、“医疗保险管理部门”一栏是指医疗机构内部设定或指定的负责社会医疗保险定点服务管理的部门。
- 4、“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。
- 5、最后两栏由统筹地区医疗保险管理中心负责填写。

填表承诺

本机构自愿承担宜兴市社会医疗保险服务，申请成为医疗保险定点医疗机构，并对以下事项及申请表填写内容的真实性作出承诺。

- 1、承诺知晓申请定点的相关流程和要求，所提供的材料真实完整。
- 2、承诺本机构自申请定点之日前一年内没有被卫健、市场监管、公安等行政部门行政处罚（药品抽验案件除外）的记录，且未发生过重大医疗事故。如提供的材料与事实不符，将承担提供虚假材料所造成的一切后果。
- 3、如签订服务协议，承诺严格按医疗保险政策和协议要求规范提供医疗保险服务，如有违规行为，将承担相应责任。主动配合医疗保险管理部门完成系统对接、安装视频监控并接受监督。

法定代表人签字：

（单位印章）（法定代表人印章）

基本信息及人员信息

单位名称								
单位地址								
行政区域		镇、街道、园区						
组织机构代码					邮政编码			
所有制形式				法定代表人				
机构类别			医院等级			开业时间		
执业许可证号					最近一次校验时间			
医疗保险管理部门						联系人		
固定电话				移动电话				
卫技 人员 构成		总人数	高级职称		中级职称		初级职称	
	处方医师							
	护理人员							
	药店人员							
	医技人员							
	其他人员							
	合计							
供应药品种数				其中：医保药品种数				
提供服务的诊疗项目数				其中：医保范围内医疗服务项目数				

科室设置及床位数

科室 设置 及床 位数	科室名	床位数	科室名	床位数	科室名	床位数

注：本表仅提供住院服务的医疗机构填写。

业务收支情况和服务量情况表

项目		金额
总体 情况	业务总收入（万元）	
	门诊收入（万元）	
	住院收入（万元）	
	药占比（%）	
	业务支出（万元）	
门诊	门急诊人次（次）	
	次均费用（元/次）	
	药占比（%）	
住院	出院人次（次）	
	总住院天数（天）	
	次均费用（元/次）	
	床日费用（元）	
	药占比（%）	
	平均住院天数（天）	

注：表内数据精确到小数点后两位，未提供住院的不需填写“住院”栏目。

社会保险登记情况及参保缴费汇总

机构是否参加社会保险	是□否□	首次登记日期	
申请时本机构名下实有参保缴费人数			
在本机构连续参保缴费人数	2 年及以上	1-2 年	不足 1 年
	人	人	人

社会保险参保缴费名单

姓名	居民身份证号码	社会保险 个人编号	在本机构缴 费起始年月	申请当月 缴费基数

注:不足填写时可另附名单。

医疗设备情况表

序号	类别	使用科室	设备名称	购置价	数量
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

填表说明：1、本表第二列“类别”，可由申请医疗机构自行分类。
2、如设备较多，可另行附纸。

申请内容、勘察情况及评估意见

申请内容	(本栏由医疗机构填写) (申请单位印章) 法定代表人签字：年月日
医保经办管理部门评估意见	(印章) 年月日