附件1

玉 溪 市 医 疗 保 险

定点医疗机构申请表

申 请 单 位：

申 请 时 间：

玉溪市医疗保险中心制

|  |
| --- |
| **医疗机构基础信息** |
| 医疗机构名称 |  |
| 医疗机构地址 |  | 邮编 |  | 所属行政区 |  |
| 医疗机构执业许可证登记号 |  | 医疗机构级别（卫健部门核定级别） |  |
| 是否具有自然人或法人资格 |  | 统一社会信用代码 |  |
| 法定代表人 |  | 法人身份证号码 |  |
| 主要负责人或实际控制人 |  | 主要负责人或实际控制人身份号码 |  |
| 公立/非公立 |  | 营利/非营利 |  |
| 建筑面积 |  | 联系人姓名 |  |
| 联系座机 |  | 联系人手机 |  |
| 联系人邮箱 |  | 开户银行 |  |
| 开户名称 |  | 银行账号 |  |
| 开始营业日期 |  | 备注 |  |

|  |
| --- |
| **科室信息** |
| **内设科室名称** | **标准科室名称** | **是否医疗机构执业许可证核定** | **是否医疗机构执业许可证核定但未设置科室** | **负责人姓名** | **床位数** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **卫生技术人员信息** |
| 内设科室名称 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 技术类别 | 资格证号 | 第一注册地 | 执业单位 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **设备信息** |
| 内设科室名称 | 设备名称 | 型号 | 出厂日期 | 使用日期 | 最近一次质检 | 单件套价格（万元） | 数量 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **申请医保项目（在□内打√）** |
| **收费类别** | □一类 □二类 □三类 |
| **结算等级** | □一级 □二级 □三级 |
| **申请医保服务项目** | **职工基本医疗保险** | □普通门诊 | □急诊抢救 | □门诊慢病 | □门诊特病 |
| □中医特色门诊 | □普通住院 | □转外诊治住院 | □单病种住院 |
| □日间手术 | □生育门诊 | □生育住院 | □国家谈判药门诊 |
| □门检特检特治 | □省内异地 | □省外异地 |  |
| **城乡居民基本医疗保险** | □普通门诊 | □急诊抢救 | □门诊慢病 | □门诊特病 |
| □中医特色门诊 | □普通住院 | □转外诊治住院 | □单病种住院 |
| □日间手术 | □生育门诊 | □生育住院 | □国家谈判药门诊 |
| □门检特检特治 | □省内异地 | □省外异地 |  |

**说明：**填写科室信息、卫生技术人员信息、设备信息等内容时可自行增加页码。