附件 2-1

河北省医疗保障定点门诊医疗机构申请表

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称（公章） |  | 医疗机构地址 |  | 统一社会信用代码 |  |
| 医疗机构等级 |  | 医疗机构 性质 | ①非营利性□ 营利性□②公立□ 民 营□ | 收费级别 |  |
| 执业许可证 登记号 |  | 执业许可证 起始及效期 |  | 机构类别 |  |
| 营业执照登记证号 |  | 营业执照起始及效期 |  | 服务对象 |  |
| 法定代表人 | 姓名身份证号联系电话 | 医疗保障负责人 | 姓名联系电话 |
| 近一年内有无行 政处罚记录 |  | 近一年内有无重大医疗事故 |  |
| 距最近门诊定点 距离 | 米 | 用房产权性质 | 自有□ 租赁□ |
| 营业面积 |  | 申请纳入类别 | 普通门诊□ 门诊统筹□门诊慢特病□ 离 休□生 育□ 体 检□ |
| 银行账户名称 |  | 银行账户号码 |  |
| 开户银行 |  | 银行行号 |  |
| 门诊科室数量 |  | 医技科室数量 |  |
| 药品种数 | 西药：草药: | 中成药： | 耗材种数 |  |
| 医保目录内 药品种数 | 西药： 中成药：草药: | 医保目录内耗材种数 |  |
| 诊疗服务项目数量 |  | 医保目录内诊疗服务项目数量 |  |
| 职工人数 |  | 社保参保缴费人数 |  |
| 人员 数量 | 主任医师 | 副主任医师 | 主治医师 | 住院医师 | 注册护士 | 医技人员 | 西药师 | 中药师 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申报前 3 个月 费用 情 况 | 门诊医疗总费用： 元 |
| 门诊人次 |  | 次均费用（元） |  |
| 信息化建设情况 | 业务系统 | 服务商： 系统名称： 系统版本号： |
| 财务系统 | 服务商： 系统名称： 系统版本号： |
| 进销存系统 | 服务商： 系统名称： 系统版本号： |
| 管理制度及工作台账 建设情况 |  |

以下内容由经办机构填写

|  |  |
| --- | --- |
| 申请材料核查 | 经办人：年 月 日 |
| 考察情况 | 经办人：年 月 日 |
| 评估结果 | 经办人：年 月 日 |
| 备 注 |  |