附件 2-2

河北省医疗保障定点住院医疗机构申请表

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□ | 收费等级 |  |
| 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 |  |
| 核定床位 |  | 实际住院开放 床位数 |  | 距最近住院定点距离 | 米 |
| 法定代表人 | 姓名身份证号联系电话 | 医疗保障负责人 | 姓名电话 |
| 近 1 年内有无 行政处罚记录 |  | 近 1 年内有无重大医疗事故 |  |
| 用房产权性质 | 自有□ 租赁□ | 申请纳入类别 | 住院□ 离休□生育□ |
| 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 |  | 住院科室数量 |  | 医技科室数量 |  |
| 药品种数 | 西药： 中成药： 草药: | 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申请前3个月费用情况 | 医疗总费用： 元 |
| 门诊人次 | 门诊总 费用（元） | 门诊次均 费用（元） | 住院人次 | 住院总费用（元） | 住院次均费 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 |  |