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 |  |