

南通市医疗机构申报医保定点协议管理申请表

医疗机构名称					
单位地址				邮政编码	
所有制形式		机构类别		经营性质	<input type="checkbox"/> 非营利 <input type="checkbox"/> 营利
服务对象		床位(张)	核定: 实际开放:	牙椅(张)	
法定代表人		联系电话		身份证号	
负责人(联系人)		联系电话		QQ	
医疗机构 执业许可证登记号				发证时间	
统一社会信用代码			国标定点编码		
(如有)计划生育或母婴保健技术服务许可证号					
业务用房建筑面积	(M ²)	医疗机构 等级		公共卫生 服务情况	<input type="checkbox"/> 提供 <input type="checkbox"/> 不提供
业务用房性质	<input type="checkbox"/> 自有 <input type="checkbox"/> 租赁	租赁期限			
所属街道(乡/镇)			所属区域	<input type="checkbox"/> 主城区 <input type="checkbox"/> 非主城区	
是否公立			是否提供住院 医疗服务		
卫生 技术 人员	人员类别	人数	在职	退休	是否签订劳务合同
	注册医生				
	注册护士				
	药师				
	医技人员				
	医保管理人员		专职()人		兼职()人
	合计	(人)			
社区卫生服务站 (必填)		该医疗机构服务区域属_____服务中心范围。 社区卫生服务中心建议: <div style="text-align: right;">社区卫生服务中心(盖章) 年 月 日</div>			

申报单位
法定代表人意见

我单位自愿申请成为南通市医疗（照护）保险定点单位，遵守医疗（照护）保险各项规章制度，愿做以下承诺：

一、本单位在申请定点单位过程中所报数据、材料真实、合法、有效，如有不实，愿意承担包括被解除服务协议、取消定点资质在内的所有一切责任、后果，并在3年内不再申报定点。

二、本单位近1年无卫生行政、中医、药品监管、市场监管、民政养老等有关部门给予的处罚、处理等违规记录（包括曾经使用名称的违规记录）。单位法定代表人、主要负责人、实际控制人、合伙人、股东（个人、单位）3年内无医疗（照护）保险不良记录，不在失信被执行人名单中。

三、建立健全医疗（照护）、财务、物价等内部管理制度，并有效执行，持续改进。

四、能够自行配备符合医保信息系统建设要求的有关设备，在规定时间内完成信息系统改造和其他准备工作，满足参保人员刷卡结算工作要求。

五、积极配合医疗（照护）保险管理部门的工作，如不能按时完成就医就诊（照护服务）各项准备工作，愿自动放弃本次签订基本医疗（照护）保险定点单位医疗（照护）保险服务协议。

六、我单位不会以任何形式干扰医疗保险（照护）经办机构工作，不向工作人员赠送礼品、礼金、有价证券等，不安排宴请或其他活动，如有违反，自愿被取消定点申报资格。

七、省评估细则正式出台后，如现有条件未达到省评估细则要求将立即整改，若一个月未整改到位的自愿暂停医保服务，三个月未整改到位的自愿终止医保服务。

法人代表签字：

单位（盖章）

年 月 日

注：有住院医疗服务的，需等级证明材料；有计划生育或母婴保健技术服务许可证的，需提供相应复印件。

