

定点医疗机构基础信息变更备案登记表

申请单位名称		医保代码	
法定代表人 (主要负责人)		申请日期	年 月 日
申请 变更 事项 及 原因	变更事项	变更前	变更后
	变更原因： <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> 法定代表人（主要负责人）签字： 年 月 日 </div> 申请单位盖章		
申请单位经办人：		联系电话：	

注：1. 需提供的材料：（1）申请单位变更后的医疗执业许可证正、副本复印件；（2）申请单位变更后的事业单位法人证书或民办非企业单位登记证书或营业执照的正、副本复印件；（3）变更记录；（4）承诺书等。

定点单位申请变更备案审核表

申请单位名称		医保代码	
变更备案受理号		申请日期	年 月 日
变更事项		<input type="checkbox"/> 单位名称 <input type="checkbox"/> 法人代表 <input type="checkbox"/> 单位地址	
变更报送的材料		<input type="checkbox"/> 医疗执业许可证正、副本的原件及加盖单位章的复印件 <input type="checkbox"/> 事业单位法人证书或民办非企业单位登记证书或营业执照的正、副本的原件及加盖单位章的复印件 <input type="checkbox"/> 变更记录 <div style="text-align: right;">接收人： 年 月 日</div>	
备案审核	医疗管理科 审核意见	经审核，该单位提交的变更材料齐全，符合医疗保险相关政策规定要求，建议准予备案。 经办人： 科 长： 年 月 日	
信息系统处理 1		<input type="checkbox"/> 暂停服务（变更地址需） <div style="text-align: right;">经办人： 年 月 日</div>	
迁址验收情况		 <div style="text-align: right;">验收人： 年 月 日</div>	
信息系统处理 2		<input type="checkbox"/> 变更名称 <input type="checkbox"/> 变更法人 <input type="checkbox"/> 变更地址 <input type="checkbox"/> 恢复医保服务 <input type="checkbox"/> 视频设备位置变更 <input type="checkbox"/> 变更医保专线 <div style="text-align: right;">经办人： 年 月 日</div>	

定点医疗机构变更单位名称承诺事项

本单位已知《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》有关单位名称变更事项的规定，特作如下承诺：

1. 自____年__月__日起，单位名称由_____变更为_____。

2. 保证提供材料的真实性与准确性，如提供材料不真实、不准确，承担由此引起的一切经济和法律責任。

3. 变更单位名称后，按规定及时重新签订医保服务协议，并对变更前单位的一切行为负责（包括经济、法律責任）。

违反上述承诺，愿承担一切責任。

单位法定代表人（签字）：

新单位（盖章）：

年 月 日

定点医疗机构变更单位法定代表人承诺事项

本单位已知《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》有关单位法定代表人变更事项的规定，特作如下承诺：

1. 自____年__月__日起，本单位法定代表人由_____变更为_____。

2. 保证提供材料的真实性与准确性，如提供材料不真实、不准确，承担由此引起的一切经济和法律責任。

3. 变更单位法定代表人后，按规定及时重新签订医保服务协议，并对变更前单位的一切行为负责(包括经济、法律責任)。

违反上述承诺，愿承担一切責任。

承诺单位新法定代表人（签字）：

承诺单位（盖章）：

年 月 日

定点医疗机构变更单位名称、法定代表人承诺事项

本单位已知《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》有关变更单位名称、法定代表人等事项的规定，特作如下承诺：

1. 自____年__月__日起，本单位法定代表人由_____变更为_____。

单位名称由_____变更为_____。

2. 保证提供材料的真实性与准确性，如提供材料不真实、不准确，承担由此引起的一切经济和法律責任

3. 变更单位名称、法定代表人后，按规定及时重新签订医保服务协议，并对变更前单位的一切行为负责（包括经济、法律責任）。

违反上述承诺，愿承担一切責任。

新单位法定代表人（签字）：

新单位（盖章）：

年 月 日

定点医疗机构变更单位执业地址承诺事项

本单位已知《南通市医疗保险定点医疗机构协议管理暂行办法》有关单位执业地址变更事项的规定，特作如下承诺：

1. 自____年__月__日起，，本单位执业地址由_____变更为_____。

2. 迁入新址后，原址上的定点医疗机构标牌、名称等应摘除，原址上的医疗机构不再以定点医疗机构名称执业。

3. 保证提供材料的真实性与准确性，如提供材料不真实、不准确，承担由此引起的一切经济和法律責任。

4. 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协议。

违反上述承诺，愿承担一切責任。

承诺单位法定代表人（签字）：

承诺单位（盖章）：

年 月 日