　

附件2：　　　　医疗救助定点医疗机构

申 请 表

**申请单位（签章）：**

**申请时间：**

**联 系 人：**

**联系电话：**

**填 写 说 明**

　　一、该表填写，要求字迹工整清楚，内容真实。

二、“申请内容”一栏由医疗机构填写申请医疗救助定点医疗机构

三、最后一栏由医疗保障定点医药机构管理工作领导小组填写。

四、医疗机构提交本申请书时，至少需提供以下材料：

（一）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（正副本），企业法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证（复印件）；

（二）医疗机构执业许可证或备案证或军队医疗机构为民服务许可证（正副本）；

（三）医师、护士、药学及医技等专业人员资质材料（其中医师、护士须为第一执业注册地）、职工参保凭证；人员配置符合卫健行政部门规定的相应类别和级别的医疗机构基本标准简表执行，暂无具体规定的，参照同级别综合医院标准，按卫健行政部门许可内容执行；

（四）设备清单。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | | | 医院等级 | |  | |
| 法人代表 |  | | | 身份证号码 | |  | |
| 经营性质 | 公立□ 民营营利□ 非营利□ | | | | 服务类型 | | 门诊□ 住院□ |
| 单位地址 |  | | | | | | |
| 联 系 人 |  | | | 联系电话 | |  | |
| 医疗机构执业许可证号 | |  | | | | | |
| 医疗机构上一年度医疗救助人次 | |  | | | | | |
| 单位开户银行及帐号 | |  | | | | | |
| 人员构成 | 执业医师 | | 共 人，其中：高级职称 人， 中级职称 人，  初级职称 人 。 | | | | |
| 注册护士 | | 共 人，其中：高级职称 人， 中级职称 人， 初级职称 人 。 | | | | |
| 其他人员 | | 共 人 | | | 合计 | 人 |
| 科室情况 | 临床科室： 个，医技科室： 个。 | | | | | | |
| 床位情况 | 核定床位： 张，开放床位： 张。 | | | | | | |
| 申请内容 | 法人或委托代理人（签章）：  （申请单位签章）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年 月 日 | | | | | | |
| 医疗保障定点医药机构管理工作领导小组意见 | （签章）  年 月 日 | | | | | | |