附件1

**鞍山市基本医疗保险定点医疗机构申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | |  | | | | |
| 机构代码 | |  | | 法人代表 |  | |
| 所有制形式 | |  | | 机构类别 |  | |
| 医院等级 | |  | | 邮政编码 |  | |
| 单位地址 | |  | | | | |
| 基本医疗保险管理部门 | | | |  | | |
| 联系人 | |  | | 联系电话 |  | |
| 执业许可证号 | | | |  | | |
| 单位开户银行及帐号 | | | |  | | |
| 卫生技术人员构成 |  | | 总人数 | 高级职称 | 中级职称 | 初级职称 |
| 医 生 | |  |  |  |  |
| 护 士 | |  |  |  |  |
| 医技人员 | |  |  |  |  |
| 其他人员 | |  |  |  |  |
| 合 计 | |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 科室设置及床位数 | 科室 | 床位数 | 科室 | 床位数 | 科室 | 床位数 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 床位  总数 |  | | 建筑  面积 |  | |
| 申请内容 | （申请单位印章）  法定代表人签字 年 月 日 | | | | | |
| 医疗  保障事务服务中心意见 | （印章）  年 月 日 | | | | | |

一、该表一律用电子文档形式填写，要求内容真实，用A4纸打印一式两份。

二、“医院等级”一栏由医院填写，其他类别的医疗机构不填写。

三、“基本医疗保险管理部门”一栏是指医疗机构内部设立或指定的负责基本医疗保险定点服务管理的部门。

四、“申请内容”一栏由医疗机构填写申请定点医疗机构资格的意向。