附件1

北京市医疗保障定点医疗机构

申 请 表

**申请单位：**

**申请时间：**

北京市医疗保障定点医疗机构申请表（一）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 | | | |  | | | | | | |
| 统一社会信用代码 | | | |  | | | | | | |
| 注册地址 | | | |  | | | | | | |
| 注册面积 | | | | ㎡ | | | 建筑面积 | | ㎡ | |
| 法定代表人 | | 姓名 | |  | | | 联系方式 | |  | |
| 身份证号 | |  | | | | | | |
| 法定代表人是否同时或曾在其他医疗机构任职 | | | |  | | | | | | |
| 主要负责人 | | 姓名 | |  | | | 联系方式 | |  | |
| 身份证号 | |  | | | | | | |
| 实际控制人 | | 姓名 | |  | | | 联系方式 | |  | |
| 身份证号 | |  | | | | | | |
| 医疗机构成立时间 | | | |  | | | 医疗机构等级 | |  | |
| 医疗机构性质 | | | |  | | | 医疗机构类别 | |  | |
| 医疗机构执业许可证发证机关 | | | | |  | | | | | |
| 医疗机构执业许可证登记号 | | | | |  | | | | | |
| 医疗机构执业许可证发证日期 | | | |  | | | 许可证有效期开始日期 | | |  |
| 许可证有效期截止日期 | | |  |
| 机构（组织）分类代码 | | | |  | | | | | | |
| 上级定点医疗机构名称 | | | |  | | | 定点编码 | |  | |
| 执业地址行政区划 | | | |  | | | 服务对象 | |  | |
| 执业地址 | | | |  | | | | | | |
| 编制床位数 | | | |  | | | 实际开放床位数 | |  | |
| 收费等级 | | | |  | | | 医疗用房性质 | |  | |
| 银行账号 | | | |  | | | 银行开户行 | |  | |
| 是否配备专（兼）职医保管理人员 | | | | | | | | |  | |
| 是否设有内部医保管理部门 | | | | | | | | |  | |
| 是否具有医保管理、财务、统计信息管理、  医疗质量安全核心制度 | | | | | | | | |  | |
| 是否具有符合医保协议管理要求的信息系统及名称 | | | | | | | |  | | |
| 是否设立医保药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材、疾病病种等基础数据库 | | | | | | | |  | | |
| 是否建立进销存信息系统 | | | | | | | |  | | |
| 是否建立门诊信息系统 | | | | | | | |  | | |
| 是否建立住院信息系统 | | | | | | | |  | | |
| 养老内设医疗机构是否通过  卫生健康监督部门现场监督检查 | | | | | | | |  | | |
| 卫生技术人员构成 |  | | 高级职称 | | | 中级职称 | | | 初级职称 | |
| 医生 | |  | | |  | | |  | |
| 护士 | |  | | |  | | |  | |
| 药师 | |  | | |  | | |  | |
| 医技 | |  | | |  | | |  | |
| 合计 | |  | | |  | | |  | |
| 已设主要管理制度、台账名称 | | |  | | | | | | | |
| 联系人姓名 | | |  | | | 联系人固话 | | |  | |
| 联系人手机号 | | |  | |
| 申请日期 | | | 年 月 日 | | | | | | | |
| 诊疗科目 | | |  | | | | | | | |
| 单位承诺 | | | 本单位承诺：所有上传填报的资料全部真实、完整、合法、有效，如因违反上述承诺造成的任何后果或不良影响，本单位一律自行承担责任。  法定代表人签字： 单位公章：  年 月 日 | | | | | | | |

北京市医疗保障定点医疗机构申请表（二）

| 科 室 设 置 及 实 有 床 位 数 | 科室 | 床位数 | 科室 | 床位数 | 科室 | 床位数 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 总计 |  |
| 编制床位数 张 （实有床位数 张） | | | | | |
| 特 需 医 疗 科 室 | 科室 | 床位数 | 科室 | 床位数 | 科室 | 床位数 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

北京市医疗保障定点医疗机构申请表（三）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医 疗 机 构 前 三 个 月 费 用 情 况 | 业务总收入 | 万元 | 其中药品收入 | 万元 |
| 门诊总收入 | 万元 | 其中药品收入 | 万元 |
| 累计门诊人次 |  | 平均日门诊人次 |  |
| 平均门诊人次费用 | 元 | 平均处方额 | 元 |
| 住院总收入 | 元 | 其中药品收入 | 元 |
| 住院总人次 |  | 平均住院人次费用 | 元 |
| 日均住院医疗费用 | 元 | 平均住院日 | 天 |
| 特色科室情况 |  | | |

北京市医疗保障定点医疗机构申请表（四）

|  |  |
| --- | --- |
| 上级主管部门意见 | （盖章）  法定代表人或负责人签字： 年 月 日 |
| 上级定点医疗机构意见 | （盖章）  法定代表人或负责人签字： 年 月 日 |