附件2：

**定点医疗机构协议管理**

**申 请 书**

申请单位：

申请时间：

填表说明

一、有关“表1”填写说明：

1.单位名称：须填写医疗单位全称。

2.机构代码：指唯一标识码，填写执业许可证副本上的组织代码。

3.是否在或者曾在其他医疗机构任职：有则需填写机构名称，注明是否定点，无则填无。

4.所有制形式：公立或非公立（如为非公立的需按照执业许可证副本内容如实填写具体所有制形式）。

5.执业范围：指正在开展的诊疗科目。

二、有关“表2”填写说明：

1.科室设置及病床数：要求填写到专业科室情况（如神经内科等）。

2.特需医疗科室：指医疗机构根据市场需求和自身条件，经批准成立的特需医疗部门，包括医院内的合资病房、特需病区等。

3.编制床位数：指卫健委颁发的执业许可证副本中所规定的床位数。

4.实有床位数：指医疗机构现有床位数。

5.没有病床的，本表填无。

三、有关“表3”填写说明：

1.平均门诊人次费用、平均处方额、平均住院人次费用、日均住院医疗费等应如实填报。

2.特色科室情况：如医师职称、是否有住院床位及床位数等。

四、有关“表4”的填写说明：

1.申请内容：是指由医疗机构填写申请签订医保服务协议的意向。

2.上级主管意见：指本单位管理机构，如各局、总公司、各计划单列企业、控股公司等；无上级单位填无。

备注：此表一式两份，一份定点医疗机构留存，一份报区本级医疗保障事业发展中心，同时报电子版。

表1

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | |
| 机构代码 |  | 法定代表人 |  | 身份证号码 |  |
| 电话号码 |  |
| 法定代表人是否同时或曾在其他医疗机构任职 |  | | | | |
| 所有制形式 |  | 院长姓名 |  | 机构类别 |  |
| 医院等级 |  | 医院建筑  总面积（m2） |  | 门诊建筑  面积(m2) |  |
| 单位地址 |  | | | 邮政编码 |  |
| 执业许可证号码 |  | 执业范围 |  | 发放执业  许可证时间 |  |
| 医保负责人姓名 |  | | 联系电话 |  | |
| 单位开户  银行及账号 |  | | | | |
| 信息系统  开发商名称 |  | | | | |
| 卫生技术人员  构成情况 | 人员 分类 | 总人数 | 高级职称 | 中级职称 | 初级职称 |
| 医 生 |  |  |  |  |
| 护 士 |  |  |  |  |
| 医技 人员 |  |  |  |  |
| 药剂 人员 |  |  |  |  |
| 其它 人员 |  |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |  |

表2

| 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 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

表3

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医 疗 机 构 上 一 年 度 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 |  | | |

表4

|  |  |
| --- | --- |
| 申请内容 | （盖章）  法人代表签字： 年 月 日 |
| 上级主管部门意见 | （盖章）  法人代表或负责人签字： 年 月 日 |