**定点医疗机构申请书**

申请单位

申请时间

**填 写 说 明**

一、本表可用钢笔、水性笔或在电脑上填写，要求字迹工整清楚，内容真实；

二、“申请内容”一栏填写内容为 “×××医院自愿申请成为XX社会保险定点医疗机构，严格执行社会保险相关的政策、法规，竭诚为参保人员提供基本医疗服务，接受社保经办机构的监督和管理；承诺申报材料内容属实，不存在虚假情况，如存在，愿承担一切后果并自愿放弃本次申请及一年内再次申请资格” 。

三、如有物价部门《收费许可证》的，请提供复印件1份。

四、最后一栏由管辖区社会保险事业局负责填写。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 | |  | | | | | | | | | | 医院等级 | | |  | | |
| 法人代表  （负责人） | |  | | | | 身份证号 | | | |  | | | | | | | |
| 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 | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 发证机构（卫生计生部门） | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 诊疗科目 | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 面积 | | |  | | | | | 场地剩余使用权限是否在3年以上 | | | | | | 是（ ） 否（ ） | | | |
| 许可证是否通过年度效验 | | | | |  | | | 有无医疗管理制度和质量控制管理制度 | | | | | | 有（ ） 无（ ） | | | |
| 是否有劳动用工、社会保险、卫生、物价、食品药品监督和工商方面的不良记录 | | | | | | | | 是（ ） 否（ ） | | | | | | | | | |
| 是否依法为员工缴纳社会保险费 | | | | | | | | 是（ ） 否（ ） | | | | | | | | | |
| 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，中级职称 ，初级职称 | | | | | | | | | | | | |
| 注册护士 | | | | 共人，其中：高级职称中级职称初级职称 | | | | | | | | | | | | |
| 其他人员 | | | | 共人 | | | | **合 计** | | | | |  | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请前半年诊疗服务量情况 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 前半年时间 | 总收入  （万元） | | | | | | | | | | 药品收入  （万元） | | | | | 总支出  （万元） | |
| 年月  至年月 |  | | | | | | | | | |  | | | | |  | |
| 前半年月份  项目 | 1 | | | 2 | | | 3 | | | | 4 | | 5 | | | 6 | 合计 |
| 门诊诊疗人次 |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | |  |  |
| 门诊次均费用 |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | |  |  |
| 住院人数 |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | |  |  |
| 每百人门诊住院人次 |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | |  |  |
| 次均住院费用 |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | |  |  |
| 平均住院天数 |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | |  |  |
| 平均床日费用 |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | |  |  |
| 病床使用率% |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | |  |  |
| 申  请  内  容 | (申请单位印章)  法人代表签字 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 社会保险经办机构审核意 见 | (印章)  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |

**医疗机构科室构成及人员花名册**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 毕业学校 | 学历 | 职称/职务 | 科室 | 资格证书编号 | 执业证书编号 | 执业类别 | 执业范围 | 注册在本机构执业时间 | 在本机构参加社会保险时间 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |