附件1：

宿 州 市 基 本 医 疗 保 险

协议医疗机构申请书

申请单位 ：

申请时间 ：

宿州市医疗保障局统一印制

**填 写 说 明**

一、“申请内容”一栏由医疗机构填写申请协议医疗机构资格的意向。最后一栏由市医疗保险经办机构负责填写。

二、医疗机构提交本申请书时，应附以下材料（复印材料均需加盖公章）：

1.执业许可证副本和医院等级的批准文件（复印件）；

2.大型医疗仪器设备清单；

3.反映上一年度业务收支情况的财务报表和门诊、住院诊疗服务量（包括门诊诊疗人次、门诊人均费用、住院人数、住院平均费用、平均住院日）、医保服务能力等证明材料；

4.营业用房的房产证明材料（租用场所经营的，提供租房合同复印件）；

5.医务人员资格证复印件（包括执业医师资格证、护士资格证等）；

6.卫生健康和市场监管等部门颁发的合格证明材料；

7.近三年（新开业的可不提供）是否受到相关行政主管部门处罚的情况；

8.规定的其他材料（包括签订的劳动合同及缴纳社会保险的相关证明等）。

三、申请书一式三份，市级经办机构、县区医保部门和医疗机构各一份。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位  名称 | | |  | | | | | | | | 法人  代表 | |  |
| 单位地址 | | |  | | | | | | | | | | |
| 联系人 | | |  | | | | 联系电话 | | |  | | | |
| 组织机构  代码 | | |  | | | | 医院等级 | | |  | | | |
| 执业许可证号 | | | | |  | | | | | | | | |
| 单位开户行及账号 | | | | |  | | | | | | | | |
| 卫  生  技  术  人  员  构  成 |  | | | 总人数 | | 获得执业资格人数 | | 高级职称人数 | 中级职称人数 | | | | 初级职称人数 |
| 医生 | | |  | |  | |  |  | | | |  |
| 护士 | | |  | |  | |  |  | | | |  |
| 医技人员 | | |  | |  | |  |  | | | |  |
| 其他人员 | | |  | |  | |  |  | | | |  |
| 合计 | | |  | |  | |  |  | | | |  |
| 科  室  设  置  及  病  床  数 | 科室 | | | 床位数 | | 负责人  姓名 | | 负责人专业技术职称 | | | | 科室总人数 | |
|  | | |  | |  | |  | | | |  | |
|  | | |  | |  | |  | | | |  | |
|  | | |  | |  | |  | | | |  | |
|  | | |  | |  | |  | | | |  | |
|  | | |  | |  | |  | | | |  | |
|  | | |  | |  | |  | | | |  | |
|  | | |  | |  | |  | | | |  | |
| 申  请  内  容 | | 法定代表人签字 （申请单位印章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 县区医保部门  意见 | | （印 章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 市医保经办机构审核意见 | | （印 章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | |