

表 13

定点医疗机构申请表

申请单位：_____

申请时间：_____年____月____日

定点医疗机构申请表

医疗机构名称					
法定代表人		机构类别			
所有制形式		注册资金			
医院等级		营业面积			
单位住所地					
申请门诊服务 ☐		申请住院服务 ☐		补充科室服务 ☐	
申请康复服务 ☐		申请生育服务 ☐		申请体检服务 ☐	
联系人		联系电话			
医保管理部门					
卫生 技术 人员 构 成	员工类别	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				

近三 个月 业务 收支 情况	门诊人次		次均门诊医疗费			
	住院人次		平均住院日			
	人均住院费		人均日住院费			
	业务收入		业务支出			
类 别		总 数				
药 品						
医用耗材						
服务项目						
科室 设置 情况	科室	床位数	科室	床位数	科室	座位数
大型 医疗 设备 清单	科室	设备名称	适应症		单项次收费	备注

注：大型医疗设备是指单项次收费在 100 元以上的设备。

申 请 内 容 及 承 诺	(医疗机构基本情况、特色及承诺)
	法定代表人：(签字) (申请单位印章) 年 月 日

- 填写说明：1. 本表要求字迹工整，内容真实。
2. “医保管理部门”一栏是指医疗机构负责医疗保障服务管理的部门。
3. “申请内容及承诺”一栏填写申请机构的基本情况、特色。承诺包含单位基本情况、申报材料的真实性，是否存在行政处罚、医疗（药事）事故，法定代表人、主要负责人或实际控制人是否被列入失信人名单等内容。