

青海省医疗机构医疗保障定点纳入申请表

申请单位：

填报时间：

统一社会信用代码		法定代表人			
所有制形式		机构类别			
医疗机构等级		营业面积			
单位地址					
联系人		联系电话			
执业许可证号					
开户银行名称					
开户银行账号					
卫生技术人员配备情况	类别	总数	高级职称	中级职称	初级职称
	医生				
	执业医师				
	护士				
	医技人员				
	合计				
医保管理人员配备情况	类别	总数	职务或职称		
	专职				
	兼职				
	合计				

科室设置 及病床数	科室	床位数	科室	床位数	科室	床位数
申请单位 意见	(申请单位印章)					
	法人代表签字：			年 月 日		
医保部门 纳入 意见	(印章)					
	年 月 日					

备注：医疗机构提交申请时，应提供的材料：1. 《青海省医疗保障定点纳入申请表》（省医疗保障局门户网站下载）；2. 《医疗机构执业许可证》（正、副本）；3. 大型医疗仪器设备清单；4. 科室设置及医务人员的执业信息；5. 与医保政策对应的内部医保、财务管理制度；6. 与医保有关的信息系统相关材料；7. 经营场所房产证明或房屋租赁合同。

以上材料各复印一份，递交时须装订成册。