附件4

申请评估准入医药机构同城互认申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 医药机构名称 |  |
| 地 址 |  |
| 类 型 | □三级医疗机构 □二级医疗机构□一级医疗机构 □门诊医疗机构□零售药店 |
| 联 系 人 |  | 联系电话 |  |
| 评估准入医药机构申请同城互认意见 |  （盖章） 年 月 日 |
| 同城互认医疗保障部门意见 |  （盖章） 年 月 日 |

**江西省省本级、南昌市医保同城互认**

**医疗机构申请书**

申请单位\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

申请时间\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

江西省医疗保险基金管理中心统一印制

**填 写 说 明**

一、该表填写内容可打印也可用蓝色或黑色水笔填写，要求字迹工整清楚，内容真实。

二、符合医保定点条件并愿意承担医保服务的医疗机构，可在规定时间内提出申请，填写《江西省省本级、南昌市医保同城互认医疗机构申请书》。

三、“医院等级”一栏由医院填写，其他类别的医疗机构不填写。

四、“基本医疗保险管理部门”一栏是指医疗机构内部设立或指定的负责城镇职工基本医疗保险服务管理的部门。

|  |  |
| --- | --- |
| 单位第一名称 |  |
| 单位第二名称 |  |
| 单位地址 |  |
| 所有制形式 |  | 法定代表人 |  |
| 医院等级 |  | 邮政编码 |  |
| 基本医疗保险管理部门 |  |
| 申请医保定点类型 |  |
| 是否有分支机构 |  | 分 支 机 构名称 |  |
| 分支机构地址 |  |
| 营利类型 |  | 组织机构代码证号 |  |
| 营业执照证号（营利性医疗机构填写） |  | 民办非企业单位登记证号（非营利性医疗机构填写） |  |
| 执业许可证号 |  | 执业许可证取得时间 |  |
| 近一年内有无行政处罚记录 |  | 近一年内有无重大医疗事故 |  |
| 药品中医保目录内品种占比 |  | 服务项目中医保目录内品种占比 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位用房性质（自有/租赁） |  | 单位用房租赁合同剩余有效期限 |  |
| 经营药品是否有进、销、存台帐 |  | 是否符合卫生计生和市场监管行政部门信息系统要求 |  |
| 社保登记证编号 |  | 参加社会保险人数 |  |
| 同一法人主体一年内有无被暂停或两年内被解除医保服务协议的记录 |  |
| 业务经办人 |  | 联系电话 |  |
| 信息管理人员 |  | 联系电话 |  |
| 卫生技术人员构成 |  | 总人数 | 高级职称 | 中级职称 | 初级职称 |
| 执业医师 |  |  |  |  |
| 助理医师 |  |  |  |  |
| 护士 |  |  |  |  |
| 医技人员 |  |  |  |  |
| 其他人员 |  |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |  |
| 诊疗科目 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 核定床位数 |  |
| 法定代表人证件类型 |  | 法定代表人证件号码 |  |
| 承诺：于202 年 月 日前完成医院HIS系统改造。  能（）否（） |
| 申请单位意见 | （申请单位印章）法定代表人签章：　　　　　 年　　月　　日　　 |

附件一

大型医疗设备清单

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 型号 | 单位 | 数量 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

附件二

医疗机构资格申请所附证件清单

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 证件名称 | 证件编号 | 证明对象 | 是否原件 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

填表单位：（盖章）

法定代表人签字：

日期： 年 月 日

**江西省省本级、南昌市医保同城互认**

**零售药店申请书**

申请单位\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

申请时间\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

江西省医疗保险基金管理中心统一印制

**填 写 说 明**

一、该表填写内容可打印也可用蓝色或黑色水笔填写，要求字迹工整清楚，内容真实。

二、符合医保定点条件并愿意承担医保服务的零售药店，可在规定时间内提出申请，填写《江西省省本级、南昌市医保同城互认定点零售药店申请书》。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 药店名称 |  | 法定代表人 |  |
| 药品经营许可证号 |  | 药品经营许可证取得时间 |  |
| 药品经营质量管理规范认证号 |  | 药品经营质量管理规范认证取得时间 |  |
| 营业执照号 |  | 营业执照取得时间 |  |
| 组织机构代码证号 |  | 所有制形式 |  |
| 单位开户银行及账号 |  |
| 近一年内有无行政处罚记录 |  | 近一年内有无重大药品质量事故 |  |
| 单位地址及所属街道、社区 |  |
|  |
| 是否连锁或加盟店 |  | 营业场所建筑面积 |  |
| 药店用房性质（自有/租赁） |  | 药店用房租赁合同剩余有效期限 |  |
| 配备药品品种量 |  | 药学技术人员数 |  | 医保目录内品种占比 |  |
| 经营药品是否有进、销、存台帐 |  | 营业人员数 |  | 是否按GSP要求进行管理 |  |
| 人员构成情况 | 合计 | 其中：注册执业药师\_\_\_\_\_\_\_\_注册执业中药师\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_药师\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 中药师\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_从业药师\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_从业中药师\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | 其他人员数 |  |
| 是否有远程视频药学服务 |  | 是否参加社会保险并足额缴纳社会保险费 |  |
| 同一药品零售连锁企业中已定点的连锁门店（含加盟店），一年内有无因违规被暂停的，或两年内有无因违规被解除医保服务协议的记录 |  |
| 业 务经办人 |  | 联系电话 |  |
| 信 息管理人 |  | 联系电话 |  |
| 法定代表人证件类型 | （申请单位印章）法定代表人签章：　 年　　月　　日　　 | 法定代表人证件号码 |  |
| 申请单位意见 |  |

附件一

职工花名册

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 年龄 | 技术职称 | 从事药品经营工作年限 | 劳动合同起止年限 | 社保情况 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

附件二

零售药店资格申请所附证件清单

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 证件名称 | 证件编号 | 证明对象 | 是否原件 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

填表单位：（盖章）

法定代表人签字：

日期： 年 月 日