附件3：

南昌市医疗机构

医疗保障定点申请表

医疗机构名称（公章）：

申 请 日 期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 |  | | | | | | |
| 医疗机构地址 |  | | | | | | |
| 所在县、区 |  | | 乡镇、街道 | | |  | |
| 所有制形式 |  | | 机构类别 | | |  | |
| 医院等级 |  | | 主管部门 | | |  | |
| 邮政编码 |  | | 开始营业年月 | | |  | |
| 法人代表 |  | | 联系电话 | | |  | |
| 医保负责人 |  | | 联系电话 | | |  | |
| 核定床位数 |  | | 实际开放  床位数 | | |  | |
| 建筑面积 |  | | 医疗业务  用房面积 | | |  | |
| 开户银行及帐号 |  | | | | | | |
| 诊疗科目范围 |  | | | | | | |
| 卫生技术人员  构成情况 | 类别 | 总人数 | | 高级  职称 | 中级  职称 | | 初级  职称 |
| 医生 |  | |  |  | |  |
| 护士 |  | |  |  | |  |
| 医技 |  | |  |  | |  |
| 药师 |  | |  |  | |  |
| 其他 |  | |  |  | |  |
| 合计 |  | |  |  | |  |
| 上年度医疗收入情况 | 总收入 万元，其中药品 万元，医用材料 万元，检查化验 万元，手术、治疗 万元，其他 万元。 | | | | | | |
| 医疗机构  基本情况介绍 |  | | | | | | |
| 评估情况 |  | | | | | | |
| 公示情况 |  | | | | | | |
| 评估准入  意见 |  | | | | | | |