附件1

曲靖市医疗机构医保定点申报表

|  |  |
| --- | --- |
| 一、单位信息 | |
| 医疗机构名称（单位公章）： 经营地址： | |
| 法定代表人： 电话： 填报日期： | |
| 统一社会信用代码： | |
| 医疗机构许可证号： | |
| 申请开通医保支付类别 | ○城镇职工住院医疗服务○城乡居民住院医疗服务○城镇职工门诊就医、购药服务○省内异地城镇职工就医、购药服务 ○离休及二等乙级以上革命伤残军人就医、购药服务 |
| 医疗机构法定代表人承诺书：  本人为医疗机构法定代表人，代表本机构承诺如下:1.所提供的申报材料及申报表所填写内容真实、合法。2.本医疗机构对基本医疗保险相关法律法规、政策规定已充分了解，并自愿遵守，如有违反，愿承担相应法律责任。  法定代表人（盖章）： | |
| 二、医保经办机构业务科室受理申报意见 ：  科室负责人签字 ： 日期： | |
| 三、评估小组意见：  评估人员签字： 日期 | |
| 四、医药机构管理工作领导小组审定意见：  组长签字： 日期： | |