

南通市照护服务机构申报照护保险 定点协议管理申请表

机构名称						
单位地址				邮政编码		
所有制形式		机构类别		经营性质	<input type="checkbox"/> 非营利	<input type="checkbox"/> 营利
法定代表人		联系电话		身份证号		
负责人(联系人)		联系电话		QQ		
照护机构类型	<input type="checkbox"/> 医院 <input type="checkbox"/> 护理院 <input type="checkbox"/> 养老机构 <input type="checkbox"/> 其它					
医疗护理服务配备情况 (养老机构填写)	<input type="checkbox"/> 内设医保定点医务室 <input type="checkbox"/> 与定点医疗机构签订服务协议					
以下根据机构类型及实际情况对应填写						
医疗机构执业许可证登记号						
设置养老机构备案回执编号						
<input type="checkbox"/> 事业单位法人证书号 <input type="checkbox"/> 民办非企业单位登记证书号 <input type="checkbox"/> 统一社会信用代码						
机构证书号						
人员构成 情况(人数)	注册医生	注册护士	药士	其他医技 人员	卫生技术 人数合计	养老 护理院
设置照护区 及床位数	照护区	床位数	照护区	床位数	照护区	床位数
	床位合计					
申报单位 法定代表人意见		本单位承诺：本表及承诺书均是本单位真实意思表示， 所有数据、资料真实。				
		法定代表人签字：			单位（盖章）	
		年 月 日				

承诺书

我单位自愿申请成为南通市医疗（照护）保险定点单位，遵守医疗（照护）保险各项规章制度，愿做以下承诺：

一、本单位在申请定点单位过程中所报数据、材料真实、合法、有效，如有不实，愿意承担包括被解除服务协议、取消定点资质在内的所有一切责任、后果，并在3年内不再申报定点。

二、本单位近1年无卫生行政、中医、药品监管、市场监管、民政养老等有关部门给予的处罚、处理等违规记录（包括曾经使用名称的违规记录）。单位法定代表人、主要负责人、合伙人、股东（个人、单位）3年内无医疗（照护）保险不良记录，不在失信被执行人名单中。

三、建立健全医疗（照护）、财务、物价等内部管理制度，并有效执行，持续改进。

四、能够自行配备符合医保信息系统建设要求的有关设备，在规定时间内完成信息系统改造和其他准备工作，满足参保人员刷卡结算工作要求。

五、积极配合医疗（照护）保险管理部门的工作，如不能按时完成就医就诊（照护服务）各项准备工作，愿自动放弃本次签订基本医疗（照护）保险定点单位医疗（照护）保险服务协议。

六、我单位不会以任何形式干扰医疗保险（照护）经办机构工作，不向工作人员赠送礼品、礼金、有价证券等，不安排宴请或其他活动，如有违反，自愿被取消定点申报资格。

法定代表人签字：

单位名称（章）：

年 月 日

（注：一式两份。申请单位、医疗保险经办机构各留存一份）