附件

院端HIS系统厂商名称或使用医保简易前台情况说明

1.定点医疗机构全称（盖章）：

2.医疗机构级别： 社会信用代码：

3.详细地址： 市/州 区/县、市

 镇/乡 街道/村 号 室

4.法人姓名： 座机： 手机：

医保联系人： 座机： 手机：

5.医院端HIS系统厂商名称：

6.医院端是否使用医保简易前台模式： （是、否）

7.是否开通“医保电子凭证”结算： （是、否）

**备注：医疗机构需认真填写，第6、7项内容用“√”表示。**