附件3

|  |
| --- |
| 医保身份认证与授权管理系统机构证书和服务器证书申请及变更表 |
|  **1．申请机构信息** |
| \*单位全称 | XXXXX医院 |
| 定点机构代码 | HXXXXXX |
| \*统一社会信用代码 | 医院统一社会信用代码 |
| \*使用环境 | ☑01核心业务区 □02公共服务区 |
| \*机构类型 | □01内部单位 ☑02医疗机构 □03药店 □04药企 □05行政事业单位 □06金融机构 □09其他 |
| \*信息员 | 负责人姓名 | \*联系电话 | 131-1111-1111 | \*电子邮箱 | XXXXX@XX  |
|  **2．证书业务申请** |
| 机构证书 |
| 申请类型 | ☑证书申请 □证书更新 □证书延期 □证书冻结 □证书解冻 □证书注销  |
| 密钥算法 |  ☑SM2 |
| 签名模式 | □机构自签 ☑医保代签 |
| 时间戳证书 |
| 申请类型 | □证书申请 □证书更新 □证书延期 □证书冻结 □证书解冻 □证书注销  |
| 密钥算法 | □SM2 |
| SSL服务器证书 |
| 申请类型 | □证书申请 □证书更新 □证书延期 □证书冻结 □证书解冻 □证书注销  |
| 证书有效期 | 3650天 |
|  **3．证书用途** |
| 机构证书和时间戳证书 |
| 序号 | 业务名称 | 业务主管部门 |
| 1 | 医保电子处方签名应用 | 重庆市医疗保障局 |
| SSL服务器证书 |
| 序号 | 域名或IP地址 | 系统或设备名称 |
| 1 |  |  |
|  **4．申请单位** |
| 负责人（签字）：医院XX盖章： 日期：XXXX年XX月XX日 |

注：1.申请证书最大有效期为3650天，申请单位在临期或单位信息变动时，应主动提前重新申请；

2.电子处方数字签名可通过以下两种模式接入。①机构自签模式，有符合国密要求加密机的医疗机构可基于医保数字证书自行对处方文件进行签名加密；②医保代签模式，医疗机构委托医保信息平台数字签名服务对处方文件进行签名加密。两种模式均需申请使用医保数字证书。医疗机构需在申请栏中选择模式类型。

3. 医疗机构对原始电子处方生成后的数据准确性负责。若选择医保代签模式即表示医疗机构同意委托承担相关风险责任，最终以重庆市医保信息平台处方中心存储的数据为准。