附件1

北京市基本医疗保险定点医疗机构

申 请 表

（2021）

**申请单位：**

**申请时间：**

北京市基本医疗保险定点医疗机构申请表 （一）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 |  | | | | | | |
| 统一社会信用代码 |  | | 法定代表人 | | |  | |
| 身份证号码 |  | | 籍贯 | | |  | |
| 法定代表人是否同时或曾在其他医疗机构任职 |  | | | | | | |
| 院长或负责人姓名 |  | | 身份证号码 | | |  | |
| 医疗机构地址 |  | | | | | | |
| 地区 |  | | 邮政编码 | | |  | |
| 医院建筑  总面积（㎡） |  | | 门诊建筑  面积(㎡) | | |  | |
| 执业许可证登记号 |  | | 执业许可有效期限 | | |  | |
| 所有制形式 |  | | 医疗机构类别 | | |  | |
| 经营性质 |  | | 服务对象 | | |  | |
| 机构（组织）分类代码 |  | | 医院等级 | | |  | |
| 上级定点医疗机构名称 |  | | 定点编码 | | |  | |
| 联系人姓名 |  | | 联系电话 | | |  | |
| 是否政府购买服务 |  | | 政府购买服务标准 | | |  | |
| 是否通过卫生健康监督部门现场监督检查 (养老内设医疗机构填写) | | |  | | | | |
| 单位开户  银行及账号 |  | | | | | | |
| 信息系统  开发商名称 |  | | | | | | |
| 卫生技术人员  构成情况 | 人员分类 | 总人数 | | 高级职称 | 中级职称 | | 初级职称 |
| 医 生 |  | |  |  | |  |
| 护 士 |  | |  |  | |  |
| 医技人员 |  | |  |  | |  |
| 药剂人员 |  | |  |  | |  |
| 其它人员 |  | |  |  | |  |
| 合 计 |  | |  |  | |  |
| 诊疗科目 |  | | | | | | |

北京市基本医疗保险定点医疗机构申请表 （二）

| 科 室 设 置 及 实 有 床 位 数 | 科室 | 床位数 | 科室 | 床位数 | 科室 | 床位数 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 总计 |  |
| 编制床位数 张 （实有床位数 张） | | | | | |
| 特 需 医 疗 科 室 | 科室 | 床位数 | 科室 | 床位数 | 科室 | 床位数 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

北京市基本医疗保险定点医疗机构申请表 （三）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医 疗 机 构 前 三 个 月 费 用 情 况 | 业务总收入 | 万元 | 其中药品收入 | 万元 |
| 门诊总收入 | 万元 | 其中药品收入 | 万元 |
| 累计门诊人次 |  | 平均日门诊人次 |  |
| 平均门诊人次费用 | 元 | 平均处方额 | 元 |
| 住院总收入 | 元 | 其中药品收入 | 元 |
| 住院总人次 |  | 平均住院人次费用 | 元 |
| 日均住院医疗费用 | 元 | 平均住院日 | 天 |
| 特色科室情况 |  | | |

北京市基本医疗保险定点医疗机构申请表 （四）

|  |  |
| --- | --- |
| 申请内容 | （盖章）  法定代表人签字： 年 月 日 |
| 上级主管部门意见 | （盖章）  法定代表人或负责人签字： 年 月 日 |
| 上级定点医疗机构意见 | （盖章）  法定代表人或负责人签字： 年 月 日 |

附件2

申请书填写说明

一、本申请书包含样表1-4，所有表填写内容要求电脑打印，法定代表人签字用黑色签字笔或钢笔填写，要求字迹工整清楚，内容真实。

二、本申请书由申请医疗机构填写，报区医疗保险经办机构留存，纸质版需每页加盖申请单位公章，同时报电子版。申请同时需递交医疗机构执业许可证（副本）复印件，所有材料扫描为PDF格式发送到各区医疗保险经办机构接收材料邮箱。

三、有关“表1”填写说明：

1.医疗机构名称：须填写医疗机构全称。

2.是否在或者曾在其他医疗机构任职：有则需填写机构名称，注明是否定点，无则填无。

3.所有制形式：公立或非公立（非公立的需按照执业许可证副本内容如实填写具体所有制形式：如非公立（股份制））。

4.机构（组织）分类代码：填写《北京市卫生机构(组织)分类代码证》上的代码。

5.上级定点医疗机构名称及定点编码：指社区卫生服站、村卫生室的上级社区卫生服务中心（乡镇卫生院）。其它医疗机构填无。

6.是否政府购买服务、政府购买服务标准：指村卫生室、社区卫生服务站是否政府购买服务以及政府购买服务的标准。其他医疗机构填无。

7.是否通过卫生健康部门现场监督检查：指养老机构内设医疗机构经卫生健康部门备案管理后，是否通过了卫生健康部门的现场监督检查。

8.诊疗科目：指正在开展的诊疗科目。

四、有关“表2”填写说明：

1.科室设置及病床数：要求填写到专业科室情况（如神经内科等）。

2.特需医疗科室：指医疗机构根据市场需求和自身条件，经批准成立的特需医疗部门，包括医院内的合资病房、特需病区等。

3.编制床位数：指卫生局颁发的执业许可证副本中所规定的床位数。

4.实有床位数：指医疗机构现有床位数。

5.没有病床的，本表填无。

五、有关“表3”填写说明：

1.平均门诊人次费用、平均处方额、平均住院人次费用、日均住院医疗费等应如实填报。

2.特色科室情况：如医师职称、是否有住院床位及床位数等。

六、有关“表4”的填写说明：

1.申请内容：是指由医疗机构填写申请签订服务协议的意向。

2.上级主管意见：指本单位管理机构，如各局、总公司、各计划单列企业、控股公司等；养老内设医疗机构上级主管单位为养老机构；无上级单位填无。

3.上级定点医疗机构意见：指社区卫生服务站、村卫生室的上级社区卫生服务中心（乡镇卫生院）意见。其他医疗机构填无。

附件3

申请北京市基本医疗保险定点医疗机构承诺书

我单位自愿申请成为北京市基本医疗保险定点医疗机构, 遵守医疗保险各项规章制度，愿做以下承诺：

一、本医疗机构在申请定点医疗机构过程中所报资料真实、合法、有效，如有不实，愿意承担一切责任、后果，3年内不再申请。

二、本医疗机构近3年无医疗保险不良信用记录，近1年无卫生行政、中医、药品监管、市场监管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）。医疗机构法定代表人3年内无医疗保险不良记录，不在失信被执行人名单中。

三、执行国家和本市物价政策。

四、诚信合法执业，无弄虚作假行为。

五、本医疗机构不设承包、租赁科室。

六、能够自行配备符合医保信息系统使用要求的硬件设备、信息系统软件改造和医保网络的接入。

七、积极配合医疗保险管理部门的工作，如不能按时完成各项准备工作，愿自动放弃本次签订基本医疗保险定点医疗机构医疗保险服务协议。

八、我单位不会以任何形式干扰医疗保险经办机构工作，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，自愿被取消申请资格。

九、我单位如本次签订基本医疗保险定点医疗机构服务协议，自签订协议之日起，无特殊原因，一年内不增加执业地址、不变更机构类别。

法人签字： 单位名称（章）：

年 月 日

（注：一式两份。申请单位、所在区医疗保险经办机构各留存一份）

附件4

管理责任承诺书

定点医疗机构名称 (定点编码 ）同意 社区卫生服务站(或 村卫生室)申请成为北京市基本医疗保险定点医疗机构。

我单位将监督 社区卫生服务站(或 村卫生室)遵守医疗保险各项规章制度。如 社区卫生服务站(或 村卫生室)成为北京市基本医疗保险定点医疗机构后，出现违反协议条款约定的情形，我单位愿意承担管理责任。

法人代表： 单位名称（公章）：

年 月 日

（注：社区卫生服务站、村卫生室用。一式两份。申请单位、所在区医疗保险经办机构各留存一份）

管理责任承诺书

养老机构名称 同意 养老机构内设医疗机构名称 申请成为北京市基本医疗保险定点医疗机构。

我单位将监督 养老机构内设医疗机构名称 遵守医疗保险各项规章制度。如 养老机构内设医疗机构名称 成为北京市基本医疗保险定点医疗机构后，出现违反协议条款约定的情形，我单位愿意承担管理责任。

法人代表： 单位名称（公章）：

年 月 日

（注：养老内设医疗机构用，一式两份。申请单位、所在区医疗保险经办机构各留存一份）

附件5

业务咨询电话和接收申请材料专用邮箱

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 单位名称 | 业务咨询电话 | 接收申请材料专用邮箱 |
| 东城区医疗保险经办机构 | 89945240 | dcybdgk@163.com |
| 西城区医疗保险经办机构 | 66206096/66206095 | ybjybjdjck@bjxch.gov.cn |
| 朝阳区医疗保险经办机构 | 53918639 | cyxz20200101@163.com |
| 海淀区医疗保险经办机构 | 88506358/88506318 | hdddyljgglk@mail.bjhd.gov.cn |
| 丰台区医疗保险经办机构 | 87016981/87016980 | ftybxyglk@mail.bjft.gov.cn |
| 石景山区医疗保险经办机构 | 68873856 | ybjyyjgk@bjsjs.gov.cn |
| 门头沟区医疗保险经办机构 | 69832177 | mtgxinzeng@163.com |
| 房山区医疗保险经办机构 | 89367076 | fsybjxz@163.com |
| 通州区医疗保险经办机构 | 60532875/60533865 | tzybxzdd@bjtzh.gov.cn |
| 大兴区医疗保险经办机构 | 81296681 | ybjdgk@bjdx.gov.cn |
| 昌平区医疗保险经办机构 | 69747971 | ylbxswglzx@bjchp.gov.cn |
| 顺义区医疗保险经办机构 | 81489665 | shyxz@bjshy.gov.cn |
| 密云区医疗保险经办机构 | 89038024 | dgk@bjmy.gov.cn |
| 怀柔区医疗保险经办机构 | 89681681 | hryygl@126.com |
| 平谷区医疗保险经办机构 | 69982013 | ybjdgk@bjpg.gov.cn |
| 延庆区医疗保险经办机构 | 69188960 | yqxzdd@sina.com |
| 开发区医疗保险经办机构 | 67806281 | chengsong2015@126.com |

附件6

监督举报电话

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 | 监督举报电话 |
| 北京市医疗保险经办机构 | 89152512 |
| 东城区医疗保险经办机构 | 89945239 |
| 西城区医疗保险经办机构 | 66206097 |
| 朝阳区医疗保险经办机构 | 53918715 |
| 海淀区医疗保险经办机构 | 88506306 |
| 丰台区医疗保险经办机构 | 63258203 |
| 石景山区医疗保险经办机构 | 68880953 |
| 门头沟区医疗保险经办机构 | 69830329 |
| 房山区医疗保险经办机构 | 61378915 |
| 通州区医疗保险经办机构 | 81544568 |
| 大兴区医疗保险经办机构 | 81297557 |
| 昌平区医疗保险经办机构 | 69728625 |
| 顺义区医疗保险经办机构 | 81488202 |
| 密云区医疗保险经办机构 | 89037807 |
| 怀柔区医疗保险经办机构 | 89681953 |
| 平谷区医疗保险经办机构 | 69982019 |
| 延庆区医疗保险经办机构 | 69145896 |
| 开发区医疗保险经办机构 | 67881557 |

监督举报邮箱：jiguanjiwei@ybj.beijing.gov.cn