附件1

**济宁市基本医疗保险综合定点医疗机构**

**申 请 表**

|  |  |
| --- | --- |
| **医疗机构名称** |  |
| **详细地址** |  |
| **联系人** |  | **联系电话** |  |
| **机构代码** |  | **法人代表** |  |
| **所有制形式** |  | **机构类别** |  |
| **机构级别和****等级** |  | **床位数量** |  |
| **诊疗科目** |  |
| **执业许可证号** |  | **批准时间和****有效期限** |  |
| **上年度业务****收入** |  | **建筑面积** |  |
| **卫生技术人员构成** |  | **总人数** | **高级职称** | **中级职称** | **初级职称** | **参加社会保险情况** |
| **医 生** |  |  |  |  |  |
| **护 理** |  |  |  |  |  |
| **医技人员** |  |  |  |  |  |
| **其他人员** |  |  |  |  |  |
| **合计** |  |  |  |  |  |
| **科室设置及病床数** | **科室** | **床位数** | **科室** | **床位数** | **科室** | **床位数** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **申****请****内****容** | **（申请单位印章）****法人代表签字： 年 月 日** |
| **医****疗****保****障****经****办****机****构****意****见** | **（印章）****负责人签字： 年 月 日** |

附件2

**济宁市基本医疗保险门诊定点医疗机构**

**申 请 表**

|  |  |
| --- | --- |
| **医疗机构名称** |  |
| **详细地址** |  |
| **联系人** |  | **联系电话** |  |
| **机构代码** |  | **法人代表** |  |
| **所有制形式** |  | **机构类别** |  |
| **诊疗科目** |  | **经营性质** |  |
| **大型仪器设备****名称和数量** |  |
| **执业许可证号** |  | **批准时间和****有效期限** |  |
| **上年度业务收入** |  | **建筑面积** |  |
| **卫生****技术****人员****构成** |  | **总人数** | **高级职称** | **中级职称** | **初级职称** | **参加社会保险情况** |
| **医生** |  |  |  |  |  |
| **护理** |  |  |  |  |  |
| **医技人员** |  |  |  |  |  |
| **其他人员** |  |  |  |  |  |
| **合计** |  |  |  |  |  |
| **申****请****内****容** | **（申请单位印章）****法人代表签字： 年 月 日** |
| **医****疗****保****障****经****办****机****构****意****见** |  **（印章）****负责人签字： 年 月 日** |

附件3

**济宁市基本医疗保险定点零售药店申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| **药店名称** |  |
| **详细地址** |  |
| **经营形式** | **连锁（ □ 直营、 □ 加盟）、 □单体** |
| **药品经营许可证号码及批复时间** |  |
| **负责人** |  | **联系电话** |  |
| **工作人员** | **人** | **药 师** | **人** | **药店建筑面积** |  |
| **上年度业务收入** |  | **药品品种** |  |
| **工作人员参加社会保险情况** |
| **姓名** | **身份证号码** | **养老** | **医疗** | **工伤** | **失业** | **生育** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **申****请****内****容** |  **（申请单位印章）****法人代表签字： 年 月 日** |
| **医****疗****保****障****经****办****机****构****意****见** |  **（印章）****负责人签字： 年 月 日** |

附件4

医疗机构从业人员名册

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **身份证号** | **现从事专业** | **从业资格证书号码** | **参加医疗保险情况** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

附件5

药店从业人员名册

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **身份证号** | **现从事专业** | **从业资格证书号码** | **参加医疗保险情况** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |