附件：

丹东市医疗保障

定点医疗机构慢性病购药服务申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 定点医疗机构代码 | |  | | | |
| 定点医疗机构名称 | |  | | | |
| 统一社会信用代码 | |  | | | |
| 定点医疗机构注册地址 | |  | | | |
| 所 属 行 政 区 划 | | ○振兴区 ○元宝区 ○振安区 ○东港市 ○凤城市 ○宽甸县 | | | |
| 医 疗 机 构 类 别 | | ○综合医院 ○中医(综合)医院 ○精神病医院 ○传染病医院  ○骨科医院 ○眼科医院 ○口腔医院 ○康复医院 ○疗养院  ○其他专科医院 ○中心卫生院 ○乡镇卫生院 ○结核病防治所 ○其他 | | | |
| 医 疗 机 构 等 级 | | ○三级 ○二级 ○一级 ○未定级 | | | |
| 经 营 性 质 | | ○非营利性（政府办） ○非营利性（非政府办） ○营利性 | | | |
| 法定代表人 | 姓名 |  | 联系电话 |  | |
| 身份证号码 |  | | | |
| 主要负责人 | 姓名 |  | 联系电话 |  | |
| 身份证号码 |  | | | |
| 联 系 人 姓 名 | |  | 联系电话 |  | |
| 单位承诺 | **本单位承诺**：自愿为参保人提供慢性病购药服务，所有上传填报的资料全部真实完整、合法、有效。承诺遵守并执行《医疗保障基金使用监督管理条例》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》等相关法律法规，切实履行医保服务协议的各项要求，做到诚信、优质服务。  **如因违反上述承诺造成的任何后果或不良影响，本单位一律自行承担责任。**  定点医疗机构（盖章）： 法定代表人（签字）：  年 月 日 | | | | |
| **填表说明：**  1.定点医疗机构代码填写国家医疗保障标准信息编码H码(12位)，如：H21060201087  2.定点医疗机构名称、统一社会信用代码分别填写《事业单位法人证书》或《民办非企业单位登记证书》或《营业执照》上的名称全称及统一社会信用代码（18位）  3.定点医疗机构注册地址填写《医疗机构执业许可证》上的注册地址  4.所属行政区划、经营性质、医疗机构类别、医疗机构等级在对应项上涂实心圆●  5.医疗机构等级（医院等级）以卫健委评审结果文件为准  6.完整填写并签字盖章后使用手机微信扫一扫右侧二维码,按提示操作并上传此表 | | | | | **C:\Users\Administrator\Downloads\定点医疗机构慢性病购药服务申请_256.png** |