附件2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 攀枝花市定点医疗机构新增备案表 | | | |
| 申报单位：（盖章） 定点医院编码： | | | |
| 医院名称 |  | 经营性质 |  |
| 执业（经营）许可证号 |  | | |
| 统一社会信用代码 |  | | |
| 详细地址 |  | | |
| 医院等级 |  | 医院类别 |  |
| 法人代表 |  | 联系电话 |  |
| 医保联系人 |  | 联系电话 |  |
| 医保结算账户名 |  | 所有制性质 |  |
| 开户行全称 |  | 银行账号 |  |
| 开展业务范围（在□内的同意打钩，不同意的打叉，不留空白。） | 普通门诊□；门特一类□；门特二类□；住院□；生育门诊□；生育住院□；中途暂结账再住院□；居民门诊统筹□；门特三类□；居民一般诊疗费□；门诊调增费用□ | | |
| 其他信息 | 医院科室数\_\_\_\_ 核定床位数\_\_\_\_\_实际床位数\_\_\_\_\_ | | |
| 县（区）医保事务中心意见 | 经办人： 年 月 日 | | |
| 市医保事务中心意见 | 经办人: 年 月 日 | | |
| 说明：1.此表一式三份，县（区）医保事务中心、市医保事务中心、信息中心各一份；附服务协议原件； | | | |
| 2.市人力资源社会保障信息中心备案，签订信息系统网络协议。 | | | |