曲靖市沾益区医疗机构医保定点申报表

|  |
| --- |
| **一、单位信息** |
| 医疗机构名称(单位公章): | 经营地址: |
| 法定代表人： | 电话 : | 填报日期: |
| 统一社会信用代码: |
| 医疗机构许可证号: |
| 申请开通医保支付类别 | o城镇职工住院医疗服务o城乡居民住院医疗服务o城镇职工门诊就医、购药服务o省内异地城镇职工住院、购药医疗服务 o省内异地城乡居民住院医疗服务 |
| 医疗机构法定代表人承诺书:本人为医疗机构法定代表人,代表本机构承诺如下:1.所提供的申报材料及申报表所填写内容真实、合法.2.本医疗机构对基本医疗保险相关法律法规、政策规定已充分了解,并自愿遵守,如有违反,愿 |
| 承担相应法律责任。 | 法定代表人(盖章): |
| **二、医保经办机构业务科室受理申报意见:** |
| 科室负责人签字: | 日期 : |
| **三、现场核查意见:** |
| 核查人员签字: | 日期 : |
| **四、评估小组评估意见:** |
| 组长签字: | 日期 : |

曲靖市沾益区零售药店医保定点申报表

|  |
| --- |
| **一、单位信息** |
| 零售药店名称(单位公章)： | 经营地址: |
| 法定代表人: | 电话 : | 填报日期: |
| 统一社会信用代码: |
| 药品经营许可证号: |
| 申请开通医保支付类别 | o城镇职工购药服务 o省内异地城镇职工购药服务 |
| 零售药店法定代表人承诺书:本人为零售药店法定代表人,代表本机构承诺如下:1.所提供的申报材料及申报表所填写内容真实、合法.2.本零售药店对基本医疗保险相关法律法规、政策规定已充分了解,并自愿遵守,如有违 反,愿承担相应法律责任。法定代表人(盖章) |
| **二、医保经办机构业务科室受理申报意见:** |
| 科室负责人签字: | 日期 : |
| **三、现场核查意见:** |
| 日期 :核查人员签字: |
| **四、评估小组评估意见:** |
| 组长签字: | 日期 : |

曲靖市沾益区医保定点医药机构重要信息变更申请表

定点医药机构名称(盖章) 医保编码(国家编码) :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项 目 | 变更前信息 | 变更后信息 |
| 定点医药机构名称 |  |  |
| 统一社会信用代码 |  |  |
| 法定代表人 |  |  |
| 医疗机构等级 |  |  |
| 收费类别 |  |  |
| 开户银行 |  |  |
| 银行行号 |  |  |
| 开户名称 |  |  |
| 银行账号 |  |  |
| 联系电话 |  |  |
| 医药机构地址 |  |  |
| 其 它 |  |  |
| 医保经办机构维护人员签字: 日期 : |
| 医保经办机构审核人员签字: 日期 : |