附件 1

省本级职工基本医疗保险
门诊统筹定点医疗机构申请表

申请单位_____

申请时间_____

四川省医疗保障事务中心统一印制

<table>
<tr><td colspan="2">医疗机构名称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>机构编码</td><td></td><td>法定代表人</td><td></td><td>联系方式</td><td></td></tr>
<tr><td>医保负责人</td><td></td><td>联系方式</td><td></td><td>是否在劳动
合同期限内</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">单位地址</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="3">近三年是否有卫生健康、市场监管等部门行政处罚</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3">近三年是否有医疗保障部门行政处罚</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3">近三年是否有中止医保协议</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3">是否至少有1名熟悉医疗保障法律法规和有关制度规定的专（兼）职医保管理人员</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3">是否建立进销存管理系统，具备数据录入、上传和传输的条件</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3">是否建立完善的医保结算系统，实时上传医保结算数据</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3">是否建立门诊医生护士工作站</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3">是否建立门诊治疗电子（或纸质）档案</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3">是否建立门诊电子病历系统</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3">经营场所是否为租赁</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>医疗机构
承诺书</td><td colspan="5">本单位自愿申请成为省本级门诊费统筹定点医疗机构，严格遵守省本级基本医疗保险有关管理规定，确保信息系统升级改造后达到医保管理要求，对所提交资料的真实性负责。如有提供虚假资料，本单位将承担由此带来的一切法律、经济等方面的后果及责任。

法定代表人签字：　　（印章）

年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>备注</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>