附件2

广东省医疗保障经办政务服务事项

清单受理表格（2024年版）

表1：广东省医疗保障个账业务申请表

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、业务类型 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □个人账户申办 □个人账户服务银行变更 □个人账户资金归集 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 二、个人信息 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | | 性 别 | | | |  | | | 民 族 | | | | | | |  | | | | | | | | 国 籍 | | | | | | |  | | | | | | | |
| 证件类型 |  | | 证件号码 | | | | | | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |
| 证件有效期 |  | | 发证机关 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 出生日期 |  | | 手机号码 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通讯地址 |  | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 户籍性质 | □港澳台人员 □外国人 □华侨 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 户 籍 地 | 户籍地址 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 工作状态 | □就业 □退休 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 职 业 | □企业员工 □自由职业 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 三、账户信息 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □工商银行、□农业银行、□中国银行、□建设银行、□邮储银行、□广发银行、□交通银行、  □农信社（农商银行）、□其他  银行账户（归集/变更）： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 四、代办人信息 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代办人姓名 |  | 证件  类型 | | □身份证 □户口簿 □通行证 □护照  □港澳台居民居住证 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 联系电话 |  | 证件  号码 | |  |  |  | |  |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |
| 本人授权申明：  本人保证本表填写内容和所附的全部资料真实、合法、有效，对所填写的信息负责，自愿遵守医保部门和开户银行关于医保个人账户的相关规定。  本人同意为办理医保个人账户业务，自愿提供相关个人信息，并授权医保部门在为本人办理医保个人账户业务过程中，收集、保存、使用本人提供的个人信息。  申请人（代办人）签名： 日期： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 业务经办人签名： | | | | | | | | | | | | | | |

表2：绑定近亲属承诺书

我本人承诺符合办理职工医保个人账户家庭共济关系绑定业务条件，被授权人是我的近亲属。本人保证符合此业务办理条件，所述信息真实、准确、完整、有效，由此产生的一切法律责任均由本人承担。

温馨提示：广东省职工参保人员遵循自愿原则，授权其近亲属使用本人个人账户用于支付符合规定的费用。

承诺人/授权人（签名）:

日期:

表3：城乡居民基本医疗保险参保登记表

缴费所属年度：（ 年）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 身份证件  类型 |  | |
| 身份证件号码 |  | | | | |
| 国家及地区 |  | | 民 族 |  | |
| 性 别 | □男 □女 | 出生日期 | 年 月 | 联系电话 |  |
| 户籍所在地  （居住证登记地） | 省 市 区县(市)  街道(乡镇) | | | 村（社区） |  |
| 通讯地址 |  | | | | |
| 参保情形 | □集中参保 □中途参保： | | | | |
| 申请人身份 | □新生儿 □中小学生 □大学生 □居民（未成年） □居民（成年）  □其他 | | | | |
| 财政补助对象 | □否  □是：□最低生活保障对象 □特困人员 □孤儿 □事实无人抚养儿童  □最低生活保障边缘家庭成员 □其他 | | | | |
| 业务类型 | □新增 □暂停 □终止 □恢复 | | | | |
| 申请人  或监护人 | 以上信息填报真实，现申请参加城乡居民医保，并已了解城乡居民基本医疗保险费征收部门和缴费方式，以及每年规定的缴费时间。  其他需承诺内容：  （签字） 年  月  日 | | | | |
| 收件审核 | □ 经审核，符合城乡居民医保参保规定。  □ 经审核，不符合城乡居民医保参保规定。  经办人: （受理单位盖章）  年 月  日 | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 身份证件号码 | 姓名 | 变更项目 | 变更前 | 变更后 | 签字 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 经办机构意见 | 经办人: （受理单位盖章）  年 月  日 | | | | | | |

表4：基本医疗保险城乡居民参保信息变更登记表

填报人： 联系电话： □关键信息 □非关键信息 年 月 日

表5：职工基本医疗保险个人账户

一次性支取申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、参保人基本情况 | | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | | | 证件类型 | | |  | | |
| 身份证件号码 |  | | | | | | | | |
| 支取原因 | □1.跨省异地安置退休人员  □2.参保人员在参保期间应征入伍  □3.参保人员死亡  □4.参保人员出境（包括港澳台地区）定居 | | | | | | | | |
| 工作单位 |  | | | | | | | | |
| 二、继承人（代表人）基本情况 | | | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | | | 与参保人关系 | | |  | |
| 身份证件号码 | |  | | | 联系电话 | | |  | |
| 常住地址 | |  | | | 工作单位 | | |  | |
| 经协商，由 代表全部继承人办理支取业务，有关款项汇入其名下银行账户，分配事宜自行解决，由此产生的法律纠纷由代表人自行负责。  签字： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 三、个人账户资金提取方式 | | | | | | | | | |
| □1.申请提现（审核通过后，前往参保人员医保个账开户银行网点，按银行规定办理） | | | | | | | | | |
| □2.申请资金划转  开户银行： 开户姓名： 账号： | | | | | | | | | |
| 四、被委托人基本情况(如无被委托人，无需填写) | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | 身份证件  号码 |  | | 联系电话 | | |  |
| 备注 |  | | | | | | | | |

备注：1.表格各项内容根据业务办理情形按需填写。

2.跨省异地安置退休人员经本人申请，可将个人账户资金划入本人银行账户。参保人员在参保期间应征入伍，经本人申请，个人账户资金可划入本人银行账户。参保人员死亡后，经申请，其个人账户资金可一次性划入本人银行账户，或者按规定继承。参保人员出境（包括港澳台地区）定居的，经本人申请，其个人账户资金可划入本人银行账户。

支取人签字： 年 月 日

备案编号：

表6：广东省异地就医登记备案表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 险种 | □职工医保 □城乡居民医保 |
| 人员类别 | □异地安置退休人员  □异地长期居住人员 □常驻异地工作人员 □异地转诊人员  □其他临时外出就医人员 | | 登记类别 | | □新增 □变更 | |
| 社会保障号码 |  | | 社会保障卡卡号（可选） | |  | |
| 参保地 联系地址 |  | | 异地联系地址 | |  | |
| 联系电话1 |  | | 联系电话2 | |  | |
| 转往省（市、区） |  | | 转往地区（市、州） | |  | |
| **温馨提示**  1.省内异地就医直接结算执行广东省目录、参保地规定的基本医疗保险基金起付标准、支付比例、最高支付限额等有关政策；跨省异地就医直接结算执行就医地规定的支付范围及有关规定、参保地规定的基本医疗保险基金起付标准、支付比例、最高支付限额、门诊慢特病病种范围等有关政策。  2.办理备案时直接备案到就医地市或直辖市。参保人根据病情、居住地、交通等情况，自主选择就医地开通的省内（跨省）联网定点医疗机构住院就医。门诊就医时按照参保地异地就医管理要求选择定点医药机构就诊。  3.到海南、西藏等省级统筹的省份和新疆生产建设兵团就医的，可备案到就医省份和新疆生产建设兵团。  4.异地急诊抢救人员视同已备案。  5.未按规定办理登记备案手续，或在就医地非省内（跨省）定点医疗机构发生的医疗费用，按参保地现有规定执行。 | | | | | | |
| 本人 （被委托人） 签名 |  | | | 填表日期 | |  |

经办机构： 联系电话: 经办人: 经办日期：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 表7：广东省异地就医生育保险登记备案表 | | | | | | |
| 参保人姓名 | |  | | 身份证号码 | |  |
| 联系电话 | |  | | | | |
| 人员类别 | | □职工  □职工未就业配偶  □其他： | | 登记类别 | | □新增 □变更 |
| **男职工未就业配偶信息（不属未就业配偶的无需填写）** | | | | | | |
| 姓名 |  | | 身份证号码 | |  | |
| □本人及配偶承诺，女方在本市及市外均未就业，且未参加职工基本医疗保险或者城乡居民基本医疗保险并享受相关待遇。 | | | | | | |
| **异地就医备案信息** | | | | | | |
| 就医地 | | 省（市） 市（州） | | | | |
| 备案项目 | | □1.计划生育 预计手术时间：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日 | | | | |
| □2.产前检查 预计产检时间：\_\_\_\_年\_\_月 日  产前检查医疗机构名称： | | | | |
| □3.生育 预产期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 | | | | |
| □本人 □被委托人签名 | |  | | 填表日期 | |  |

备注：1.办理生育异地就医备案人员，其基本医疗保险同步备案至就医所在地。

2.备案有效期为成功备案之日起，至所填备案时间的第30日止。

3.本人承诺上述事项属实。

经办机构： 联系电话： 经办人： 经办日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 表8：基本医疗保险异地就医备案个人承诺书 | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | 性 别 |  | 联系电话 |  | |
| 身份证号码 | |  | | 参保地 |  | 就医地 |  |
| 人员类别 | | □异地安置退休人员  □异地长期居住人员  □常驻异地工作人员 | | | | | |
| 参保地异地就医备案告知书  1.参保人应在出院结算前办理异地就医备案。2.异地就医备案可在线办理，请选择对应的备案类型填写办理材料。3.异地就医时持医保电子凭证或社会保障卡就医。（参保地可结合实际修改完善） | | | | | | | |
|
|
|
|
|
| 承诺事项：  本人申请办理异地就医备案业务，已阅读并知晓《备案告知书》所述内容，同意遵守相关规定。因个人原因无法提供异地就医备案相关证明材料，本人保证符合此业务办理条件，所述信息真实、准确、完整、有效，愿意接受信息共享查询核验，由此产生的一切经济损失和法律责任均由本人承担。  承诺人（签名、指印）：  年 月 日 | | | | | | | |
|
|
|
|
|
| 说明 | 本表由参保人员填写，由医保经办部门存档，两年内不得销毁。 | | | | | | |

表9：门诊特定病种待遇认定申请表

医疗机构名称：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 身份证件号码 |  | 人员类别 | | □职工医保 | |
| □城乡居民医保 | |
| 申请科室 |  | 科室电话 | |  | |
| 门特病种名称 |  | 医保病种代码 | |  | |
| 病情摘要及诊断 | 患者病史（或手术史）： | | | | |
| 疾病诊断： | | | | |
| 诊疗方案及  项目构成 | 用药方案： | | | | |
| 治疗方案： | | | | |
| 检查项目： | | | | |
| 申请医师签名： 年 月 日 | | | | |
| 科室复核 | 上级医师签名： 年 月 日 | | | | |
| 医院医保管理  部门审核 | 同意（盖章） 年 月 日 | | | | |
| 待遇有效期 | 年 月 日至 年 月 日 | | | | |
| 选择本院为  门特定点 | 本人同意选定该医院作为本人该门特病种定点医院：  是□ 否□ | | | | |
| 参保人签名 |  | 参保人联系电话 | |  | |
| 备注 |  | | | | |

说明：1.病情摘要应当填写主诉、现病史、体格检查、辅助检查等确诊情况。

2.项目构成必须符合医保政策有关规定。

3.首次申请待遇享受有效期自定点医疗机构按照规定将认定信息上传医保信息系统备案之日起，按照自然日计算，到期自动终止。

4.参保人员，应在相应门特病种待遇认定有效期满前30日内，申请办理续期。定点医疗机构按规定办理后，续期有效期自前一有效期满后次日起，按照自然日计算，到期自动终止。

5.每申请认定一个门特病种，需填写一份《门诊特定病种待遇认定申请表》。

6.办理待遇续期需填写此表。

表10：门诊特定病种定点医疗机构选定表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人  姓名 |  | 身份证  号码 |  | | 联系电话 |  |
| 代办人  姓名 |  | 身份证  号码 |  | | 联系电话 |  |
| 本次选定门诊特定病种医疗机构为：□初次选定 □变更 | | | | | | |
| 门诊特定  病种名称 |  | | | | | |
| 医疗机构  名称 |  | | | | | |
| 本人同意选择以上医疗机构为本人门诊特定病种定点就医医疗机构 | | | | | | |
| 申请变更  情况说明  （如需） | 本人已知悉可变更门诊特定病种定点就医医院的条件，承诺所提供材料与信息均真实完整合法，符合办理业务条件。具体变更原因如下： | | | | | |
| 本人（代办人）签名： |  | | | 办理日期 |  | |

表11：普通门诊定点医疗机构选定表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人  姓名 |  | 身份证  号码 |  | | 联系电话 |  |
| 代办人  姓名 |  | 身份证  号码 |  | | 联系电话 |  |
| 本次选定普通门诊医疗机构为：□初次申请 □变更 | | | | | | |
| 医疗机构名称 |  | | | | | |
| 本人同意选择以上医疗机构为本人门诊定点就医医疗机构 | | | | | | |
| 本人（代办人）签名： |  | | | 办理日期 |  | |

表12：意外伤害责任承诺书

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参保人员 |  | 联系电话 |  |
| 证件类型 |  | 证件号码 |  |
| 承诺事项 | **意外伤害责任** | | |
| **承诺内容：**  本人同意授权 医保经办机构通过信息共享方式查询本人与办理医保业务相关的信息，承诺所提供材料均为真实合法，符合办理业务条件，如伪造材料或以任何方式骗取医疗保险待遇的，本人愿意承担一切后果；**同意 医保经办机构将本人虚假行为上报和纳入信用管理体系**，并就本次办理业务的其他承诺内容陈述如下：  本人于 年 月 日 时在 （**地点**）发生  （**外伤经过**），由于 （**原因**）**无法提供交警事故认定书或法院判决书或调解协议书等公检法部门出具的相关证明材料**，且属于 **□第三人无法确定 □第三人已确定但不支付本人医疗费用**  的情况。本人**如有隐瞒或虚报，则将已享受的医保待遇全额退回医保，并承担相应的法律责任。**  **温馨提示：**  **1.反欺诈法律提示：以虚构劳动关系、伪造证明材料或者其他手段骗取基本医疗保险待遇和生育保险待遇的，属于刑法第二百六十六条规定的诈骗公私财物的行为，将依法追究刑事责任。**  **2.此表可现场填写，由承诺人本人手写签名，患者本人无法签字的由其近亲属代签，并填写身份证号码和联系方式。**  承诺人（签名）：  日期： 年 月 日 | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 表13：产前检查定点医疗机构选定表 | | | | |
| 参保人姓名 |  | 联系人与  联系电话 |  | |
| 身份证号码 |  | 预产期及办理时孕周 |  | |
| **男职工未就业配偶信息（不属未就业配偶的无需填写）** | | | | |
| 姓名 |  | 身份证号码 |  | |
| □本人及配偶承诺，女方在本市及市外均未就业，且未参加职工基本医疗保险或者城乡居民基本医疗保险并享受相关待遇。 | | | | |
| **本次选定产前检查医疗机构为：**□初次申请 □变更 | | | | |
| **选 定 医 疗 机 构** | | | | |
| 产检选定  医疗机构 |  | 产检选定医疗  机构所在城市 | |  |
| **个 人 承 诺** | | | | |
| 本人已知悉填报须知内容，同意申报，并授权经办机构通过信息共享方式查询本单位/个人与办理生育业务相关的信息，承诺所提供材料与信息均真实完整合法，符合业务办理条件。  温馨提示：以虚构劳动关系、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险待遇的，属于刑法第二百六十六条规定的诈骗公私财物的行为，将依法追究刑事责任。  本人签名： 填报日期： | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 表14：信息采集表  （请正反双面打印） | | | | | | | | |
| 姓名 |  | 证件  类型 |  | | | 有效证件号码 |  | |
| 经办人  姓名 |  | 单位社保编号 |  | | | 联系电话  （可多填） |  | |
| **未就业配偶信息（不属于未就业配偶的无需填写）** | | | | | | | | |
| 姓名 |  | 身份证号码 | |  | | | | |
| □本人及配偶承诺，女方在本市及市外均未就业，且未参加职工基本医疗保险或者城乡居民基本医疗保险并享受相关待遇。 | | | | | | | | |
| **申请项目信息** | | | | | | | | |
| □  生育保险医疗费用 | □产前检查 | | | | | | | 发票总金额（元）： |
| □生育情况 | □顺产 □难产  胎儿数 个 | | | 分娩时间：  年 月 日 | | | 发票总金额（元）： |
| □终止妊娠（含宫外孕终止妊娠） | □怀孕未满4个月，医疗机构建议休假 天  □怀孕4个月以上7个月以下  □满7个月 | | | 终止妊娠时间：  年 月 日 | | | 发票总金额（元）： |
| □计生手术情况 | □流产/引产时孕 月  （注：应以B超结果为准，如无B超结果的，以医生诊断为准。）  □取环 □放环  □输卵管结扎或复通  □输精管结扎或复通 | | | 施行计划生育手术时间：  年 月 日 | | | 发票总金额（元）： |
| □  生育  津贴 | 分娩或施行计划生育手术时间： 年 月 日 | | | | | | | 胎儿数 个 |
| 申请拨付账户（涂改无效） | 账户  性质 | □个人 □单位 | | | | | |
| 开户名 |  | | 开户行 | | | 银行  支行 |
| 账号 |  | | 银行行号（仅单位填写） | | |  |
| **单位/个人承诺** | | | | | | | | |
| □单位填写  本单位已知悉填报须知内容，同意申报，并授权经办机构通过信息共享方式查询本单位/个人与办理生育业务相关的信息，承诺所提供材料与信息均真实完整合法，符合办理业务条件。本次办理业务的其他承诺与告知内容陈述如下：  □单位已与参保职工签订合法劳动合同，存在事实劳动关系。  □用人单位已足额垫付生育津贴。  □参保人知悉由单位申请生育津贴。  □其他需承诺内容：  单位经办人签名： 单位经办人联系电话：  单位名称（盖章）： 填表日期：  参保人签名：  □个人填写  本人已知悉填报须知内容，同意申报，并授权经办机构通过信息共享方式查询本单位/个人与办理生育业务相关的信息，承诺所提供材料与信息均真实完整合法，符合办理业务条件。本次办理业务的其他承诺与告知内容陈述如下：  □未曾在其他地市申报（医疗/生育）待遇。  □用人单位知悉由参保人个人申请生育津贴。  □其他需承诺内容：  本人签名： 本人联系电话： 填表日期：  单位名称（盖章）：  温馨提示：以虚构劳动关系、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险待遇的，属于刑法第二百六十六条规定的诈骗公私财物的行为，将依法追究刑事责任。 | | | | | | | | |

**备注：有雇工的个体工商户如没有单位印章的，可由经营者签名加盖指模替代。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 表15：广东省定点医疗机构申请表 | | | |
| 机构名称 |  | 所在区 |  |
| 机构地址 |  | 邮政编码 |  |
| 注册面积 |  | 建筑面积 |  |
| 机构级别 |  | 机构类别 |  |
| 经营类别 |  | 申报服务范围 |  |
| 执业许可证登记号 |  | 统一社会信用代码 |  |
| 许可证发证日期 |  | 许可证有效期限 |  |
| 法定代表人  （身份证号） |  | 联系电话 |  |
| 主要负责人  （身份证号） |  | 联系电话 |  |
| 实际控制人  （身份证号） |  | 联系电话 |  |
| 业务联系人 |  | 联系电话 |  |
| 诊疗科目 |  | 机构开户名称 |  |
| 编制床位数 |  | 实际开放床位数 |  |
| 机构开户银行 |  | 机构开户账号 |  |
| 是否配有专（兼）职医保管理人员 |  | 是否设有内部医保管理部门 |  |
| 是否具有医保管理、财务、统计信息管理、医疗质量安全核心制度 |  | 是否设立医保药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材、疾病病种等基础数据库 |  |
| 是否具有符合医保协议管理要求的信息系统 |  | 是否建立进销存信息系统 |  |
| 是否建立门诊信息系统 |  | 是否建立住院信息  系统 |  |
| 卫生技术人员构成 | 高级职称 | 中级职称 | 初级职称 |
| 医生 |  |  |  |
| 护士 |  |  |  |
| 药师 |  |  |  |
| 医技 |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |
|  | | | |
| 申请承诺 | 本机构自愿承担基本医疗保险服务，申请成为医疗保险定点机构，并承诺不存在《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《广东省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》等文件有关规定的不予受理定点申请的情形，且所提交资料全部真实有效，如有虚假成分，愿意承担一切相应的法律责任；如因本机构原因，医疗机构地址等重要信息在提交申请至签订协议期间如发生变更，自愿放弃当次申请。 | | |
|  | | | |
|  |  | 法定代表人（签名）： |  |
|  |  | 主要负责人（签名）： |  |
|  |  | 实际控制人（签名）： |  |
|  |  | （单位盖章） | |
|  |  | 申请日期： 年 月 日 | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 表16：广东省定点零售药店申请表 | | | |
| 机构名称 |  | 所在区 |  |
| 注册地址 |  | 仓库地址 |  |
| 经营许可证号码 |  | 统一社会信用代码或营业执照注册号 |  |
| 发证日期 |  | 许可证有效期限 |  |
| 经营方式 |  | 经营范围 |  |
| 法定代表人 （身份证号） |  | 联系电话 |  |
| 主要负责人 （身份证号） |  | 联系电话 |  |
| 实际控制人 （身份证号） |  | 联系电话 |  |
| 机构开户银行 |  | 机构开户名称 |  |
| 机构开户账号 |  | 法定代表人 |  |
| （企业负责人） |
| 联系电话 |  | 身份证号 |  |
| 申请业务类型 | □刷社会保障卡或医保凭证 □其他 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 是否配有专（兼）职医保管理人员 |  | 是否具备与医保政策对应的内部管理制度和财务制度 |  |
| 是否建立药品进销存信息系统 |  | 是否设立医保/非医保专区，并有明确标识 |  |
| 是否具有符合医保协议管理要求的信息系统 |  | 是否经营中药饮片 |  |
| 执业药师 | 人 | 执业中药师 | 人 |
| 其他药学技术人员 | 人 | 药师总人数 | 人 |
| 业务联系人 |  | 联系电话 |  |
| 申请理由 | 本机构自愿承担基本医疗保险服务，申请成为医疗保险定点机构，并承诺不存在《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》《广东省零售药店医疗保障定点管理暂行办法》等文件有关规定的不予受理定点申请的情形，且所提交资料全部真实有效，如有虚假成分，愿意承担一切相应的法律责任；如因本机构原因，零售药店地址等重要信息在提交申请至签订协议期间如发生变更，自愿放弃当次申请。 | | |
|  | 法定代表人签名： |  |
|  | 主要负责人签名： |  |
|  | 实际控制人签名： |  |
|  | （单位盖章） | |
|  | 申请日期： 年 月 日 | |

表17：个人承诺书

本人 （身份证件号码： ），办理 业务。因个人原因无法提供 证明，本人保证符合此业务办理条件，所述信息真实、准确、完整、有效，由此产生的一切法律责任均由本人承担。

联系电话：

通讯地址：

承诺人（签名、指印）：

年 月 日