

附件 1

省直医疗保险统筹支付医疗机构申请表

申请单位：（公章）

填报时间： 年 月 日

单位名称			
单位地址			
单位类别	<input type="checkbox"/> 综合 <input type="checkbox"/> 中医 <input type="checkbox"/> 中西医结合 <input type="checkbox"/> 民族医 <input type="checkbox"/> 专科 <input type="checkbox"/> 其它		
单位级别	<input type="checkbox"/> 诊所 <input type="checkbox"/> 社区 <input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 其它		
申请类别	<input type="checkbox"/> 住院统筹 <input type="checkbox"/> 门诊统筹		
法定代表人		联系电话	
医疗机构执业许可证编号			
成立时间	年 月 日	场所面积	(m ²)
单位总人数	(人)	参保人数	(人)
住院床位 (申请门诊的此 项不填)	(张)		
科室设置	临床科室	个	医技科室 个
卫生技术人员	执业医师	共 人, 其中: 高级 人, 中级 人, 初级 人。	
	护士	共 人, 其中: 高级 人, 中级 人, 初级 人。	
医疗设备 配备情况	医疗仪器设备 台。		