**附件2**

**清远市社会保险定点医疗机构**

**申请提交材料清单**

申办机构全称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

申办日期： \_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

一、申请内容：

1.医疗保险：□综合医院和专科医院，其中（□含 □不含）门诊特定病种业务

 □普通门诊，其中（□含 □不含）门诊特定病种业务

 □一般门诊（仅限刷社会保障卡）

 生育保险：□生育保险产前检查 □生育保险住院

 工伤保险：□工伤康复 □工伤治疗

2.联系人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

电子邮箱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

二、申办提交材料列表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 材料名称 | 份数 | 必选 | 接收份数 | 备注 |
| 1 | 清远市社会保险定点医疗机构资格申请表 | 1 | √ |  |  |
| 2 | 执业医师登记表 | 1 | √ |  |  |
| 3 | 工作人员花名册 | 1 | √ |  |  |
| 4 | 医疗机构执业许可证正、副本（复印件） | 1 | √ |  | 核对原件 |
| 5 | 诊疗科目核定表（复印件） | 1 |  |  | 核对原件 |
| 6 | 组织机构代码证副本（复印件） | 1 | √ |  | 核对原件 |
| 7 | 法定代表人证书（复印件） | 1 | √ |  | 核对原件 |
| 8 | 法定代表人身份证（复印件） | 1 | √ |  | 核对原件 |
| 9 | 营业执照 | 1 |  |  | 营利性医疗机构需提交 |
| 10 | 税务登记证 | 1 |  |  | 营利性医疗机构需提交 |
| 11 | 母婴保健技术服务执业许可证正、副本（复印件） | 1 |  |  | 申请生育保险定点医疗机构需提交核对原件 |
| 12 | 医院等级评审文件及核定床位数相关证明材料（复印件） | 1 |  |  | 申请开展住院业务时提供，核对原件 |
| 13 | 医疗卫生机构年报表（复印件） | 1 | √ |  | 核对原件 |
| 14 | 单位人员参保证明 | 1 |  |  | 核对原件 |
| 15 | 医疗服务场所产权或租赁合同相关资料 | 1 | √ |  |  |
| 16 | 《医师执业证书》或《乡村医师执业证书》（复印件） | 1 |  |  | 符合条件的村卫生站申请需提交核对原件 |
| 17 | 授权委托书及受托人身份证（复印件） | 1 |  |  | 非法人办理申请时提供核对原件 |
| 18 | 其他  |  |  |  |  |

三、交接材料清单

申办人须**对所提供的全部材料的真实性负责，并承担相应的法律责任。**

抄录粗体字部分：

申办人： 申办日期：

收件人： 日期： 经办机构盖章：

说明：1、提交以上材料的复印件须加盖申请资格的医疗机构公章。

 2、以上证照正在办理中未有原件或所提供资料不齐全的，暂不接受申办申请并退回相关资料，待补齐资料再按规定办理。

 3、本材料清单一式两份，一份由社会保险经办机构存档，一份交申请人。