湖北省医疗保障定点医药机构信息变更申请表

申请时间: 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **机构名称** |  | **机构代号** |  |
| **申请人姓名** |  | **联系电话** |  |
| **变更内容** | **变更前** | **变更后** | **变更时间** |
| □机构名称 |  |  |  |
| □法定代表人/主要负责人/实际控制人（附身份证号） |  |  |  |
| □注册地址 |  |  |  |
| □银行开户名及账号 |  |  |  |
| □诊疗科目 |  |  |  |
| □机构规模（床位数） |  |  |  |
| □机构性质 |  |  |  |
| □机构等级 |  |  |  |
| □机构类别 |  |  |  |
| □药品经营范围 |  |  |  |
| □其他 |  |  |  |
| 变更原因：  (申请单位盖章)  法定代表人签字：  年 月 日 | | | |
| 初审意见：  经办人：  年 月 日 | | | |
| 经办机构意见：    （经办机构盖章）  年 月 日 | | | |

填表说明：

一、申请单位对填报信息内容真实性负责，经核实申请资料造假的，医保协议自动解除；

二、机构代码为全国统一的国家医保定点机构代码；

三、医疗机构按性质分为非营利性医疗机构和营利性医疗机构；

四、医疗机构类别包括：

（一）综合医院、中医医院、中西医结合医院、民族医医院、专科医院、康复医院；

（二）专科疾病防治院（所、站）、妇幼保健院；

（三）社区卫生服务中心（站）、中心卫生院、乡镇卫生院、街道卫生院、门诊部、诊所、卫生所（站）、村卫生室（所）；

（四）独立设置的急救中心；

（五）安宁疗护中心、血液透析中心、护理院；

（六）养老机构内设的医疗机构。

五、变更银行账户时应提交银行开户许可证复印件。