附件1

上饶市基本医疗保险定点医疗机构预付金申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 定点医疗机构名称 |  | 定点医疗机构编码 |  | 医疗机构级别 |  |
| 定点医疗机构自查情况 |
| 与经办机构是否正常结算满一个自然年度以上 | 上年度履行医保服务协议情况 | 是否按医疗卫生行业规范进行管理 | 医院经营是否正常 | 医院财务管理制度是否健全 | 有无未履行完毕生效法律文书确认的债务的情况 | 有无财产被保全的情况 | 是否按照规定进行在用药耗线上采购 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 财务管理状况 | 上年收支结余（或利润） | 上年资产负债率 | 上年现金及现金等价物净增加额 | 有无作为被执行人尚未执行终结的案件 | 在药耗采购中是否有违规行为、拖欠货款行为被医疗保障行政部门通报 |
|  |  |  |  |  |  |
| 医疗基金上年度结算支付额（万元） | 城镇职工基本医疗保险 | 城乡居民基本医疗保险 |
|  |  |
| 定点医疗机构预付金申请 | 我院符合预付金申请条件，按规定申请预付金，并承诺对所提资料的真实性负责。 |
| 医院负责人：（签字并在此处加盖公章） 年 月 日 |
| 备注：1.定点医疗机构提交申请表时，需同时提交加盖公章的上年财务年度报表。 2.医保定点社会办医疗机构另需提供法人代表人民银行征信报告，如有担保人，还需提供担保人个人征信报告和担保承诺书。  |  |
|  |

附件2

上饶市基本医疗保险定点医疗机构预付金核定表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 定点医疗机构名称 |  | 定点医疗机构编码 |  | 医疗机构级别 |  |
| 审核部门 | 协议管理部门 | 药耗招采部门 | 基金监管部门 | 基金账务部门 | 监测部门 | 职工医保待遇结算部门 | 居民医保待遇结算部门 |
| 预付金基数（元） | 预付金基数（元） |
| 审核意见 |  |  |  |  |  |  |  |
| 核定预付金额（元） | 城镇职工基本医疗保险 | 城乡居民基本医疗保险 |          |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  单位负责人：  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | 年 月 日  |  |

附件3

上饶市基本医疗保险定点医疗机构预付金拨付表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 编制单位： |  | 制表时间： |  |
| 序号 | 定点医疗机构名称 | 医保基金预付额 | 备注 |
| 城镇职工医保 | 城乡居民医保 |  |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 合计： |  |  |
| 合计金额大写： |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 单位负责人： |  | 分管领导： | 审核： | 制表人： |
|  |  |  |  |  |