**附件1**

医保信息系统专线联网申请书

天津市医疗保障基金管理中心XX分中心：

我机构自愿申请与医保系统联网，机构内已完成本地局域网的搭建和信息管理系统的部署，用于实现医疗服务和医院内部管理，HIS/MIS开发商为 ，该HIS/MIS开发商已备案，同时我机构也具有完备的安全措施和相关的管理规定，部署有网络安全防范服务与杀毒软件，并由专人负责维护和及时更新。

我单位承诺遵守《中华人民共和国网络安全法》《人力资源和社会保障部计算机网络使用和信息安全管理规定》，并接受相关部门的检查和整改要求，特申请与医保信息系统进行联网。

我单位自主选择的网络运营商为：□联通□广电□移动

如遇任何情况导致该运营商无法提供联网服务，我单位将与相关网络运营商自行协商解决。

联网工作经办人: 联系电话：

申请机构（盖章）：

申请日期：

附件2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医疗机构基本信息维护表** | | | | | | | | | | | |
| 机构代码 |  | | | 营业执照 名称 | |  | | | | | |
| 机构编码 |  | | | 执业许可证名称 | |  | | | | | |
| 机构地址 |  | | | | | | | | | | |
| 邮政编码 |  | | 法定代表人 | |  | | 联系 电话 | | |  | |
| 机构等级 |  | | 机构类型 | |  | | 机构 性质 | | | 公立/民营 | |
| 经营方式 |  | | HIS开发商 | |  | | 网络 运营商 | | |  | |
| 执业许可证 开始时间 |  | | | | 执业许可证 终止时间 | | |  | | | |
| 分管院长 |  | | 主要负责人 | |  | | | 医保 联系人 | | |  |
| 联系电话 |  | | 联系电话 | |  | | | 联系电话 | | |  |
| 银行账户信息 | | | | | | | | | | | |
| 银行ID | |  | | | | 银行网点 行号 | | |  | | |
| 开户银行名称 | |  | | | | | | | | | |
| 开户名称 | |  | | | | | | | | | |
| 银行账号 | |  | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **零售药店基本信息维护表** | | | | | | | |
| 机构代码 |  | 药品经营许可证机构名称 | |  | | | |
| 机构编码 |  | 营业执照名称 | |  | | | |
| 机构地址 |  | | | | | | |
| 邮政编码 |  | 法定 代表人 |  | | 联系电话 | |  |
| MIS开发商 |  | | 网络 运营商 | |  | | |
| 是否连锁 |  | | 联网类型 | |  | | |
| 药品经营许可证编码 |  | | | | | | |
| 经营许可 开始时间 |  | | 经营许可终止时间 | |  | | |
| 主要负责人 |  | | 联系电话 | |  | | |
| 医保联系人 |  | | 联系电话 | |  | | |
| 统一社会信用代码 |  | | | | | | |
| 银行账户信息 | | | | | | | |
| 银行ID |  | | 银行网点行号 | | |  | |
| 开户银行名称 |  | | | | | | |
| 开户名称 |  | | | | | | |
| 银行账号 |  | | | | | | |

附件3：

医保信息系统测试申请书

天津市医疗保障基金管理中心XX分中心：

我机构因申请医疗保障新增定点，已完成网络线路改造和医院端系统部署，现申请医保信息系统测试。

具体情况：

HIS/MIS开发商为：

申请开通测试环境开始时间为： 年 月 日

开通时长为3天，从申请开始之日零点起计算。

申请机构（盖章）：

申请日期：

附件4**：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 测试医药师信息表 | | | | | | | | | | |
| 医药机构名称 |  | | | | | | | | 医药机构编码 |  |
| 姓名 |  | 性别 | | | |  | | | 出生日期 |  |
| 民族 |  | 证件类型 | | | |  | | | 证件号码 |  |
| 学位 |  | 学历 | | | |  | | | 参加工作日期 |  |
| 执业类别 | |  | | | | | | | 医师执业范围 |  |
| 执业科别 | |  | | | | | | | 执业医（药）师 证书编码 |  |
| 职称 | |  | | | | | | | 执业状况 |  |
| 编制状况 | |  | | | | | | | 是否家庭医生 |  |
| 医保服务范围 | |  |  |  |  | |  |  | 毕业院校 |  |
| 科室名称 | |  | | | | | | | 是否缴费医师 |  |
| 提供材料： 1.身份证（或护照、港澳通行证）原件（ ） 2.执业医师证原件（ ） 3.医师资格证原件（ ） 4.职称证原件（ ） | | | | | | | | | | |
|
|
|
|
|
| 注意事项： 1.医师新增填写《定点医药机构人员基本信息备案表》并提供以上材料。 2.医师变更填写《定点医疗机构执业医（药）师个人信息变更表》并提供以上材料。  3.医师转出填写《定点医疗机构执业医（药）师个人信息变更表》。 4.每位医师填写一张，并加盖公章。 | | | | | | | | | | |
|
|
|