附件1

重庆市长期护理保险

协议护理机构申请表

 申 请 单 位:

 申 请 时 间 : 年 月 日

重庆市医疗保障局印制

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 单位地址 |  |
| 法定代表人 |  | 身份证号 |  |
| 所有制性质 | 公立□民营□ | 经营性质 | 营利□非营利□ |
| 申请服务类型 | 机构护理□ 居家护理□ 机构和居家护理□ 日间照护□ |
| 服务场所情况 | 服务场所性质 | 服务场所面积 |
| 自有□租赁□ | 建筑面积 |  |
| 租期 |  | 营业面积 |  |
| 机构护理 | 床位设置 |
| 核定床位： 张；实际开发床位：张；其中专护床位：张 |
| 业务管理部门 | 负责人 |  | 联系电话（手机） |  |
| 业务联系人 |  | 联系电话（手机） |  |
| 信息管理部门 | 负责人 |  | 联系电话（手机） |  |
| 业务联系人 |  | 联系电话（手机） |  |
| 人员构成 | 职工总人数 | 社保参保人数 | 劳动合同签订人数 | 劳务派遣人数 | 退休返聘人数 | 其他 |
|  |  |  |  |  |  |
| 注册护士 | 共 人，其中：高级职称 人；中级职称：人；初级职称 人 |
|  | 康复治疗师 | 共 人，其中：高级职称 人；中级职称： 人；初级职称 人 |
| 健康管理师 | 共 人，其中：高级职称 人；中级职称： 人；初级职称 人 |
| 其他工作人员 | 共 人 |
| 申请单位意见 |  法人代表签字（申请单位印章）： 年 月 日  |
| 医保经办机构审核意见 |  年 月 日  |

附件2

护理设施设备清单

|  |
| --- |
| **护理设施设备清单** |
| 品种 | 型号及数量 | 购买年月 | 有效期 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

附件3

长期护理保险协议护理申请机构

工作人员花名册

机构名称（签章）：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 岗 位 | 社会保障卡卡号 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

法人代表签字: 年 月 日

附件4

重庆市医药机构申请定点管理联网登记表

 编号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 定点医药机构名称(加盖公章) | 　 | 等级 | 　 |
| 详细地址 | 　 | 邮编 | 　 |
| 医保负责人 | 　 | 手机 | 　 | 办公电话 | 　 |
| 信息负责人 | 　 | 手机 | 　 | 办公电话 | 　 |
| 医药机构代码 |  | 批准文号 |  |
| 开通项目 | 医药定点管理 |  | 生育保险定点管理 |  | 长护保险定点管理 |  |
| 连接医保专线链路情况 | 网络营运商 | 　 | 带宽 |  | 安装时间 | 　 |
| IP地址（统一规划） | 　 |
|
| 医保接口情况 | 医保接口服务商 | 　 | 联系电话 | 　 | 项目负责人 | 　 |
| HI软件商情况 | HIS商 | 　 | 联系电话 | 　 | 项目负责人 | 　 |
| 医保目录对照情况 | 医药机构目录对照完成时间 | 　 | 区县经办机构意见 | 　 | 审核人（签字） | 　 |
|
| 医保接口与HIS软件测试 | 医药机构HIS软件版本 | 　 | 安装时间 | 　 | 测试时间 | 　 |
| 接口版本 | 　 | 安装时间 | 　 | 测试时间 | 　 |
| 测试结果 | 　 | 测试人员签字 | 　 |
| 异地就医软件测试情况 | 测试时间 | 　 | 测试结果 |  | 测试人员签字 |  |
| 协议签订情况 | 签订时间 | 　 | 区县经办机构(签章) | 　 |
| 市医保局医疗保障事务中心意见 | 经办人： |  | 组长： | 　 |
|
| 市医保局信息化工作组意见 | 经办人： |  | 组长： | 　 |
|
| 医药机构开通情况 | 开通时间 | 　 | 经办人： | 　 |