附件11

**苏州市区社会基本医疗保险定点医疗机构协议管理**

**现场核查材料**

对已受理的医疗机构进行现场测评时，医疗机构应据实备好下列材料供现场核查：

1.苏州市医疗机构从业人员名册及人员参保信息（**附表1**）；

2.执业医师、注册护士、医技人员名册（**附表2、附表3、附表4**）；及各类从业人员执业资格证书及注册证原件、复印件；

3.医疗保险工作分管领导及专职管理人员名单（**附表5**）；

4.医疗仪器设备清单（**附表6**）；

5.计算机及网络设备清单（**附表7**）；

6.负责计算机管理、软件维护的工程技术人员名单（**附表8**）；

7.申请上一自然年度（经营不满一年的提供开业以来）业务收支情况；

8.机构内部各项管理规章制度；

9.医疗机构所处地理方位图、房屋权属证书,租赁的需另行提供租房协议书。

备注：上述材料均需加盖申请单位公章。

**附表1**

**苏州市医疗机构从业人员名册**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 岗位 | 专业技术 | 参保状态 | 人员参保编号 | 参保单位 | 合同类型 | 劳动合同(劳务协议)期限 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 自 年 月 日至 年 月 日 |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 自 年 月 日至 年 月 日 |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 自 年 月 日至 年 月 日 |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 自 年 月 日至 年 月 日 |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 自 年 月 日至 年 月 日 |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 自 年 月 日至 年 月 日 |

注：岗位：填写人员岗位，如医生、护士等；

专业技术：填写人员持有的专业技术证件，如执业医师、注册护士、检验人员、药师等；

参保状态：退休人员填写退休，在职人员填写已参保缴费或未参保缴费；

参保编号、参保单位：退休人员不需填写，在职人员填写个人编号及参保单位；

合同类型：固定期、无固定期。

单位名称（盖章）： 申报时间 年 月 日

**附表2**

**苏州市医疗机构执业医师名册**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 职称 | 专科 | 注册证号 | 第一执业注册地 | 第二执业注册地 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |

单位名称（盖章）： 申报时间 年 月 日

**附表3**

**苏州市医疗机构注册护士名册**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 职称 | 专科 | 注册证号 | 执业注册地 | 注册有效期 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |

单位名称（盖章）： 申报时间 年 月 日

**附表4**

**苏州市医疗机构医技人员名册**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 职称 | 专科 | 注册证号 | 执业注册地 | 注册有效期 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |

单位名称（盖章）： 申报时间 年 月 日

**附表5**

**苏州市医疗机构医保管理人员名单**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 所在部门 | 主要职责 |
| 分管领导 |  |  |  |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |

单位名称（盖章）： 申报时间 年 月 日

**附表6**

**苏州市医疗机构医疗仪器设备清单**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 医疗仪器名称 | 型号 | 数量 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

单位名称（盖章）： 申报时间 年 月 日

**附表7**

**苏州市医疗机构计算机及网络设备清单**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 型号 | 数量 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |

单位名称（盖章）： 申报时间 年 月 日

**附表8**

**苏州市医疗机构计算机管理、软件维护工程技术人员名单**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 所在部门 | 主要职责 |
| 分管领导 |  |  |  |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |

单位名称（盖章）： 申报时间 年 月 日