定点医疗机构预付金使用申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 定点医疗  机构名称 |  | 定点医疗  机构编码 |  | 医疗机构  经营性质 | |  |
| **定点医疗机构自查情况** | | | | | | |
| 序号 | 自查项目内容 | | | | 自查结果 | |
| 1 | 住院医疗费用是否正常结算满一个自然年度以上 | | | | □是 □否 | |
| 2 | 财务管理制度是否健全 | | | | □是 □否 | |
| 3 | 经营状况是否正常 | | | | □是 □否 | |
| 4 | 是否存在未履行完毕生效法律文书确认的债务情形 | | | | □是 □否 | |
| 5 | 是否存在作为被执行人尚未执行终结的情形 | | | | □是 □否 | |
| 6 | 12个月内是否存在被医保行政部门处罚或因欺诈骗保涉嫌犯罪被移送司法机关的情形 | | | | □是 □否 | |
| 7 | 12个月内是否存在中止医保协议的情形 | | | | □是 □否 | |
| 8 | 是否按规定通过医药集中采购平台采购药品耗材 | | | | □是 □否 | |
| 9 | 12个月内是否存在其他未按时足额退回医保基金的情形 | | | | □是 □否 | |
| 10 | 其他需说明的情况 | | | |  | |
| 定点医疗机构预付金使用申请 | 我  本单位按规定申请预付金，并郑重作出以下承诺：  1.本单位符合预付金申请条件，提供的所有涉及本单位运行及医保管理服务的资料或信息均合法、准确和有效，并承诺对所提交资料的真实性负责。  2.本单位严格执行各项医保政策，积极配合医保部门落实各项医保重点工作，为参保人做好医保服务。  3.本单位承诺按规定使用预付金，且在规定期限内足额退回。  4.本单位自愿接受监督，如果违反承诺事项，将承担相应法律责任。  定点医疗机构负责人： （签字并在此处加盖公章）  年 月 日 | | | | | |

备注：1.符合的勾选“是”，不符合的勾选“否”。

2.定点医疗机构提交申请表时，需同时提交加盖公章的上年度财务年度报表。

3.定点社会办医疗机构在提交申请表时，同时提交《人民银行征信报告》和法定代表人（或

实际控制人）连带担保承诺书及个人征信报告，或者提供符合法定形式的财产担保。

4.如有第三方会计师事务所出具的上年度财务审计报告，请同时提交作为佐证材料。