**附件1：**

**吉林市医疗保险特药定点医疗机构评估申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称（编码） |  | | |
| 单位地址 |  | | |
| 医疗机构类别 |  | 医院等级 |  |
| 法定代表人 |  | 经营性质 |  |
| 医疗机构执业许可证  登记号 |  | 开放床位数 |  |
| 医保负责人 |  | 联系电话 |  |
| 特药专业科室数量 |  | 具备责任医师资格的人数 |  |
| 取得销售资格的特药或  医用材料情况 |  | | |
| 医疗机构（盖章）：  法定代表人签字（盖章）：  年 月 日 | | | |
| 医保经办机构初审意见（盖章）：  年 月 日 | | | |