

# 南通市居家照护服务企业申报照护保险

## 定点协议管理申请表

企业名称					
单位地址				邮政 编码	
法定代表人		联系 电话		身份 证号	
负责人(联系 人)		联系 电话		QQ	
统一社会 信用代码				注册 资本	(万元整)
医疗护理服务 配备情况	<input type="checkbox"/> 与定点医院签订服务协议				
	<input type="checkbox"/> 与定点社区卫生服务中心签订服务协议				
服务企业人员 构成	人员总数	医疗护理人员数		养老护理员数	
	(人)	(人)		(人)	
申报单位 法定代表人 意见	本单位承诺：本表及承诺书均是本单位真实意思表示，所有数据、资料真实。  法定代表人签字：_____ 单位（盖章） 年 月 日				

# 南通市申报医保（照护）定点协议管理承诺书

我单位自愿申请成为南通市医疗（照护）保险定点单位，遵守医疗（照护）保险各项规章制度，愿做以下承诺：

一、本单位在申请定点单位过程中所报数据、材料真实、合法、有效，如有不实，愿意承担包括被解除服务协议、取消定点资质在内的所有一切责任、后果，并在3年内不再申报定点。

二、本单位近1年无卫生行政、中医、药品监管、市场监管、民政养老等有关部门给予的处罚、处理等违规记录（包括曾经使用名称的违规记录）。单位法定代表人、主要负责人、合伙人、股东（个人、单位）3年内无医疗（照护）保险不良记录，不在失信被执行人名单中。

三、建立健全医疗（照护）、财务、物价等内部管理制度，并有效执行，持续改进。

四、能够自行配备符合医保信息系统建设要求的有关设备，在规定时间内完成信息系统改造和其他准备工作，满足参保人员刷卡结算工作要求。

五、积极配合医疗（照护）保险管理部门的工作，如不能按时完成就医就诊（照护服务）各项准备工作，愿自动放弃本次签订基本医疗（照护）保险定点单位医疗（照护）保险服务协议。

六、我单位不会以任何形式干扰医疗保险（照护）经办机构工作，不向工作人员赠送礼品、礼金、有价证券等，不安排宴请或其他活动，如有违反，自愿被取消定点申报资格。

法定代表人签字：                            单位名称（章）：            年    月    日

（注：一式两份。申请单位、医疗保险经办机构各留存一份）