

## 附件 1

## 基本医疗保险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		医疗机构级别			
定点医疗机构自查情况							
住院是否正常结算满一年以上	上年度是否中止医保协议	是否按医疗卫生行业规范进行管理	医院经营是否正常	医院财务管理制度是否健全	有无未履行完毕生效法律文书确认的债务的情形	有无财产被保全的情况	是否按规定进行在用器械线上采购
			上年收支结余（或利润）	上年资产负债率	上年现金及现金等价物净增加额	有无作为被执行人尚未执行的案件	在药械采购中是否有违规行为、拖欠货款行为被医疗保障行政部门通报
医保基金上年度结算支付额（万元）	城镇职工基本医疗保险	城乡居民基本医疗保险	省内异地就医				
定点医疗机构预付金使用申请	<p>我院符合预付金申请条件，按规定申请预付金，并承诺对所提交资料的真实性负责。</p> <p>医院负责人：（签字并在此处加盖公章）</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>						

## 备注：

1. 定点医疗机构提交申请表时，需同时提交加盖公章的上年财务年度报表。
2. 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》和法人代表（或实际控制人）连带担保承诺书及个人征信报告。
3. 此表为参考格式，各统筹区可根据当地情况完善。