附件1

全省医疗保险定点民营医疗机构相关情况统计表

填报单位：（市、州专项整治行动工作专班办公室） 填报人： 填报日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市、州本级或（县、市、区） | 民营医疗机构  名称 | 成立  时间 | 机构  性质 | 取得定点医疗机构  资格  时间 | 2016年相关情况 | | | | | | 2017年1-6月相关情况 | | | | | |
| 医院  床位数 | 医疗保险总额预算数 | 医保病人住院治疗人次 | | 报销医保  基金金额  （万元） | 医院住院发生总金额  （万元） | 医院  床位数 | 医疗保险总额预算数 | 医保病人住院治疗人次 | | 报销医保 基金金额 （万元） | 医院住院发生 总金额（万元） |
| 小计 | 其中  “五保”病人住院治疗人次 | 小计 | 其中  “五保”病人住院治疗人次 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |