附件：

福建省省本级基本医疗保险

**定点盲人医疗保健按摩机构签约**

**申请书**

申请单位

申请时间

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 类 型 | 盲人医疗按摩机构 □ / 盲人保健按摩机构 □ |
| 单位地址 |  |
| 法人代表 |  | 身份证号 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 执业许可证书（营业执照）编号 |  |
| 单位开户银行及帐号 |  |
| 机构设立审批部门 | 卫生行政部门 □ 残疾人联合会 □市场监督管理部门 □ 民政部门 □ |
| 基本情况 | 起讫时间 | 自 年 月 日起经营。说明： |
| 按摩床 | 共 床。说明： |
| 在职人员 | 合计 人，其中：盲人医疗保健按摩人员 人，其他在职人员 人。盲人医疗保健按摩人员中：高级职称 人，中级职称 人，初级职称 人 |
| 申请内容 |  (申请单位印章)法人代表签字 年 月 日 |
| 省医保中心受理意见 | 收件时间：  (印章) 年 月 日 |

**填 写 说 明**

一、该表填写，要求字迹工整清楚，内容真实。

二、“申请内容”一栏由申请机构填写申请意向。

三、最后一栏由福建省医保中心负责填写。

四、盲人医疗保健按摩机构提交本申请书时，要附加以下材料：

1.《医疗机构执业许可证》正、副本；《营业执照》、《民办非企业单位法人证》、省残联、福州市残联所属事业单位授予的从业资质证书以及省残联、福州市残联所属事业单位授予的盲人按摩实训基地证书或文件（根据机构类型提供，核原件收复印件）

2.经营场所房屋产权证明或经营场所租赁合同及产权证明复印件（核原件收复印件）

3.单位法定代表人及经营者身份证（复印件）；（核原件收盖章复印件）；授权委托书；代理人身份证原件、复印件；

4.单位银行账户信息的证明材料；

5.《在职人员花名册》（详见样表）；

6.盲人医疗保健按摩从业人员的身份证及第二代《中华人民共和国残疾人证》或《中华人民共和国残疾军人证》

7.盲人医疗按摩从业人员专业技术职务任职资格证书；

8.盲人保健按摩从业人员《 保健按摩师职业资格证书》或由各级残联出具的培训合格（结业）证书（证明）。

上述材料均需加盖申请单位公章，本表及样表需提供电子版本拷贝。

五、签约审核中，盲人医疗保健按摩机构应在经营场所内准备以下材料备查：

1.从业盲人按摩师劳动合同、健康证和缴纳社会保险凭证；

2.在职人员岗位职责及内部管理制度（安全制度）；

3.盲人医疗保健按摩技术操作规范；

4.机构经营台账。