附件3

HIS系统与医保信息系统联调申请表

广州市医疗保险服务中心：

我单位已按系统接口规范要求，完成接口改造，做好接入环境的准备工作，并郑重承诺已做好信息系统安全防护工作，如因本机构原因影响医保信息系统和网络安全，愿意承担相应责任。现申请联调。具体如下（表格对应选项打“√”）：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 |  | | |
| 医疗机构地址 |  | | |
| 医疗机构医保联系人 |  | 联系电话和传真 |  |
| 医疗机构信息联系人 |  | 联系电话 |  |
| 信息系统开发厂商名称 |  | 厂商联系人 |  |
| 厂商联系方式 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **类别** | **项目** | **准备情况** | **备注** |
| 接入方式 | 电信 | □完成 □未完成 |  |
| 广宽 | □完成 □未完成 |
| 政务网 | □完成 □未完成 |
| 客户端 | CPU | □完成 □未完成 |  |
| 内存（ M） | □完成 □未完成 |
| 硬盘（ G） | □完成 □未完成 |
| 三大目录 | 自行匹配目录数据 | □完成 □未完成 |  |
| HIS改造 | API接口  移动支付接口  互联网接口 | □完成 □未完成  □完成 □未完成  □完成 □未完成 |

医疗机构名称：（盖章）

年 月 日