

附件 1

## 自贡市安宁疗护机构按床日付费结算申请表

单位全称			
医疗机构许可证号		医院等级	
联系人情况	姓名		联系电话(手机)
	职务(职称)		邮箱地址
安宁疗护服务情况	<p>(含病区建设, 人才队伍建设、运营质控等方面内容)</p>          <p style="text-align: right;">盖章: _____ 年 月 日</p>		
卫生健康部门意见	<p style="text-align: right;">盖章: _____ 年 月 日</p>		
医保经办机构意见	<p style="text-align: right;">盖章: _____ 年 月 日</p>		



附件 3

### 自贡市安宁疗护床日付费结算标准

险种及 缴费 档次	床日标准（元）				统筹基金支付额度（元）				个人支付额度（元）			
	三级	二级	一级 及以下	社区卫生服 务中心（唯 一名称）和 乡镇卫生院	三级	二级	一级及以 下	社区卫生 服务中心 （唯一名 称）和乡镇 卫生院	三级	二级	一级 及以下	社区卫生服 务中心（唯 一名称）和 乡镇卫生 院
城镇 职工	380	320	280	280	338	288	255	258	42	32	25	22
居民	380	320	280	280	228	240	238	252	152	80	42	28