附件3

转归医疗服务价格项目申请表

申报单位（医疗机构公章）： 申报日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 财务分类 | 编码 | 项目名称 | 项目内涵 | 除外内容 | 计价 单位 | 说明 | 总开展例数 | 开展该项目的医疗机构数 | 价 格 | 申请类别 |
|  | 其中三级医院数 | 加权平均价 | 最高价 | 最低价 | 保留/不保留 | 基本/市场调节价 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

公开方式：主动公开

抄送：市卫生健康局、市市场监督管理局

揭阳市医疗保障局办公室 2019年10月24日印发