附件1

连云港市工伤保险协议医疗机构申请表

申请单位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

申请时间：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

连云港市社会保险管理中心 制定

填写说明

一、医疗机构向社会保险经办机构提交本申请表时，需附以下书面材料，材料可提供复印件、扫描件（加盖公章）：

1.《医疗机构执业许可证》（或《军队对外有偿服务许可证》）副本原本及复印件；盈利性医疗机构需同时提供《营业执照》或《收费许可证》副本原件及复印件；非盈利性医疗机构需同时提供《事业单位法人登记证书》或《民办非企业单位登记证》副本原件及复印件；

2.医疗机构等级证书原件及复印件、等级医院评审（复评）自评报告；

3.科室设置情况、大型医疗设备清单；

4.执业医师、护士、医技人员等专业技术人员名册；

5.上年度业务收支情况和门诊、住院诊疗服务情况（包括门诊人次、门诊人次均费用、实际开放床位数、住院人次、平均住院费用等）,承担工伤医疗服务能力的情况说明；

6.医疗服务场所房产权证明或租赁合同等相关资料原件及复印件;

7.单位职工花名册电子版。

二、本表一式二份，A4纸双面打印，经办机构和申请单位各一份。

一、告知承诺事项

|  |
| --- |
| 告知内容：  根据《社会保险法》《工伤保险条例》《江苏省实施<工伤保险条例>办法》《江苏省社会保险基金监督条例》等规定，申请单位确认填报和提交的所有信息材料均真实、准确、完整、有效，并授权同意社会保险经办机构通过其他部门、机构、企业查询与承诺相关的信息，用于核实承诺内容的真实性。申请单位如作出不实承诺，将按《社会保险领域严重失信人名单管理暂行办法》规定，列入社会保险严重失信人名单，由相关部门实施联合惩戒，涉及犯罪的移交司法机关处理。 |
| 承诺内容：  我单位自愿申请成为连云港市工伤保险协议医疗机构，为工伤职工提供合法合规的优质服务，并对以下事项作出承诺： 1.已认真阅读以上告知内容，已知晓相关规定，承诺申请表内容及提交的材料真实有效，本单位一年内无社保、医疗、卫健、市场监督管理等部门违规处罚记录，未发生重大医疗质量安全事件。 2.如签订服务协议，承诺严格按照工伤保险规定和协议要求，规范提供服务，如有违规行为，将承担相应责任；承诺接受社会保险经办机构的信息化管理，根据要求配备相应的信息设备，并于60日内完成信息系统接口改造、验收，实现工伤医疗费联网结算。  单 位 公 章：  法定代表人（签章）：  承 诺 日 期： 年 月 日 |

二、单位基本情况

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单 位 全 称 | |  | | | | |
| 执业许可证号 | |  | | | | |
| 执业地址 | |  | | 邮政编码 |  | |
| 医疗机构类别 | |  | | 编制床位数 |  | |
| 所有制形式 | |  | | 经营性质 | 营利□ 非营利□ | |
| 医 院 等 级 | |  | | 医疗用房  建筑面积 | ㎡ | |
| 单 位 银 行  账 号 信 息 | | 银 行 名 称 | 银行 支行（分行） | | | |
| 账 户 户 名 |  | | | |
| 开户银行账号 |  | | | |
| 法 定 代 表 人 | |  | | 联系电话 | |  |
| 业务分管院领导 | |  | | 联系电话 | |  |
| 工伤保险联系人 | |  | | 联系电话 | |  |
| 职工人数 | | 全部 人 其中：在职 人 其他 人。 | | | | |
| 参加社保人数 | | 全部 人 其中：在职 人 其他 人。 | | | | |
| 人  员  构  成  人  员  构  成 |  | 高级职称 | 中级职称 | 初级职称 | | 总人数 |
| 医 生 |  |  |  | |  |
| 护 士 |  |  |  | |  |
| 医技人员 |  |  |  | |  |
| 其 他 |  |  |  | |  |
| 合 计 |  |  |  | |  |
| 床位  情况 | 核定床位数： | | | 实际开放床位数： | | |
| 门诊 | 科室： 个，其中工伤特色科室： 个；具体名称： | | | | | |
| 住院 | 病区： 个，其中工伤特色病区： 个；具体名称： | | | | | |
| 床位： 张，其中工伤特色床位： 张；具体名称： | | | | | |
| 单位简介 |  | | | | | |

三、申报项目及服务能力

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 上年度业务收支情况 | 门诊 | | | | | 住院 | | | | |
| 门诊人次 | 门诊总费用（万元） | | 门诊次均费用（元） | | 住院人次 | 住院总费用（万元） | | 住院次均费用（元） | |
|  |  | |  | |  |  | |  | |
| 总费用： 万元 | | | | | | | | | |
| 工伤特色科室业务开展介绍 |  | | | | | | | | | |
| 工伤特色  科室情况 | 科室  名称 | 床位数 | 临床医师人数 | | 注册护士人数 | | | 科室  负责人 | | 业务  范围 |
|  |  |  | |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | | |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 大型  医疗  设备  清单 | 名称 | 规格 | 产地 | 价格 | 收费  标准 | 年业务量  （诊疗人次） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

医疗机构临床执业技术人员名册（仅限工伤特色科室）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 身份证号码 | 执业证编号 | 职称 | 岗位 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申  报  材  料  清  单 | 序号 | 名称 | 说明 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

## 四、申报、审核意见

|  |  |
| --- | --- |
| 申请工伤医疗服务范围 | （单位公章）  年 月 日 |
| 评估小组  初审意见 | 评估人（签章）：  年 月 日 |
| 社会保险经办  机构审核意见 | 负责人（签章）：  （单位公章）  年 月 日 |

备注：1.工伤特色科室是指在工伤伤情治疗（救治）或职业病防治方面具有技术特色的科室，如骨伤科、外科、眼科、烧伤科等。

2.相关表格页面不足可另附。