附件1

**衡阳市工伤保险医疗服务协议机构申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 单位全称： | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 主管部门： | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 单位地址： | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 邮政编码： | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 联 系 人： | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 联系电话： | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 填表日期： | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 衡阳市工伤保险服务中心 制 | | | | | | | | |
| 一、告知承诺事项 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 告知内容： | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 1.根据《中华人民共和国社会保险法》《工伤保险条例》《湖南省实施<工伤保险条例>办法》等规定，单位及相关人员确认填报和提交的所有信息、资料真实、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单位及其有关人员信息，用于核实承诺内容的真实性。如有不实或违规的，单位及相关人员愿承担法律责任。  2.提供虚假承诺涉嫌违反相关法律法规和规章的，社会保险经办机构提请社会保险行政部门处理或移送司法部门，依法依规处理。 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 承诺内容： | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 1.本单位及相关人员已认真阅读以上告知内容，已知晓相关规定。本单位及相关人员郑重承诺，填报和提交的所有信息均真实、准确、完整、有效。  2.本单位及相关人员知悉如作出不实承诺，将被人力资源社会保障部门按《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，并接受联合惩戒。涉及违法违规的，依法依规处理。 | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 二、单位基本情况 | |  |  |  |  |  |  |
| 单位全称 | |  | | | | | |
| 营业执照注册号 或执业许可证号 | |  | | 证照有效期 |  | | |
| 注册或执业地址 | |  | | 邮政编码 |  | | |
| 机构性质 | | ①非营利性□ 营利性□ ②公立□ 民营□ | | | | | |
| 机构等级 | |  | | 是否医疗保险定点机构 | | | 是口 否口 |
| 主管单位名称 | |  | | | | | |
| 单位银行账号信息 | | 银行名称 | 银行 支行（分行） | | | | |
| 银行户名 |  | | | | |
| 银行账号 |  | | | | |
| 注册资金 | |  | | 医疗用房建筑面积 | | 平方米 | |
| 法定代表人 | |  | | 法定代表人电话 | |  | |
| 实际控制人 | |  | | 实际控制人电话 | |  | |
| 主要负责人 | |  | | 主要负责人电话 | |  | |
| 联系人 | |  | | 联系人电话 | |  | |
| 电子邮箱 | |  | | | | | |
| 工作人员信息 | | 总人数 | 高级职称 | 中级职称 | | 初级职称 | |
| 卫生技术人员  构成 | 医生 |  |  |  | |  | |
| 护士 |  |  |  | |  | |
| 药师 |  |  |  | |  | |
| 医技 |  |  |  | |  | |
| 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 | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 住院 | 病区： 个，其中工伤特色病区： 个 |
| 床位： 张，其中工伤特色床位： 张 |
| 单位主要业务及特色介绍 |  |
|

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 三、申报项目及服务能力 | | |  |  |  |  |
| 申请前费用情况  （上年度） | 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 | | | | | |
| 服务能力介绍（请对已开展医疗服务或工伤医疗服务年限、近三年业务收支情况和门诊住院诊疗服务情况、场地和科室设置、人员、设备和器材、管理制度建设、医疗服务效果、患者评价、承担工伤医疗服务能力如工伤医疗费联网结算等情况说明） | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 主要科室设置情况 （可只填写与工伤医疗有关的科室情况） | 科室名称 | | 床位数 | 临床医师人数 | 注册护士人数 | | 科室负责人 | 联系电话 |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
| 四、申报、审核意见 | | | | | |  | | |
| 申报单位 意见 | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | |
| 评估组 意见 | | 评估组人员签名：  年 月 日 | | | | | | |
| 社会保险经办机构意见 | | （盖章）  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优势  的科室，如骨伤科、外科、眼科、烧伤科等。 | | | | | | | | |
| 2.申请表一式二份，申请单位、社会保险经办机构各一份。 | | | | | | | | |
| 3.第二、三项相关表格不够填写可另附页。 | | | | | | | | |