# 附件1

湖南省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：**

湖南省社会保险服务中心 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 | （盖章） |  |  |
| 意见 |
|  | 年 | 月 | 日 |
| 评估组 | 评估组人员签名： |  |  |  |
| 意见 |
|  | 年 | 月 | 日 |
| 社会保险经办机构 |  | （盖章） |  |  |
| 意见 |
|  | 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。