

附件 1

四川省工伤保险协议医疗机构申请表

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：

四川省人力资源和社会保障厅 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》、《四川省工伤保险条例》等规定，本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，我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。涉及违纪违规的，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		取得证照 时间		
注册或执业地址		邮政编码		
经济性质 (公立/社办)		经营性质(是否营利)	是□ 否□	
医院等级		协议首次签约时间		
主管单位名称				
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			
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			
	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			

<p>住院</p>	<p>病区：            个，其中工伤特色病区：            个</p> <p>床位：            张，其中工伤特色床位：            张</p>
<p>单位主要业务及特色介绍</p>	

### 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、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 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

<p>申报单位 意见</p>	<p style="text-align: center;">(盖章)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>
<p>评估组 意见</p>	<p style="text-align: right;">评估组签名： 年 月 日</p>
<p>市(州)社会保险 经办机构意见</p>	<p style="text-align: center;">(盖章)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>

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

的科室，如骨伤科、外科、眼科、烧伤科等。

2.申请表一式三份，申请单位、县级社会保险经办机构、市(州)社会保险经办机构各一份。

机构各一份。

3.第二、三项相关表格不够填写可另附页。