

鲁人社字〔2026〕5号

山东省人力资源和社会保障厅关于印发 《山东省工伤康复业务经办实施细则》的通知

各市人力资源社会保障局：

为进一步规范工伤康复经办流程，提高工伤康复管理水平，保障工伤职工合法权益，现将《山东省工伤康复业务经办实施细则》印发给你们，请遵照执行。

山东省人力资源和社会保障厅

2026年2月28日

（此件主动公开）

（联系单位：省社会保险事业中心工伤保险服务处）

山东省工伤康复业务经办实施细则

第一章 总 则

第一条 为规范工伤康复业务经办流程，提升工伤康复管理服务水平，保障工伤职工合法权益，根据《工伤保险条例》《山东省人力资源和社会保障厅等6部门关于推进工伤康复高质量发展的实施意见》（鲁人社发〔2023〕17号）、《山东省工伤康复管理办法》（鲁人社规〔2025〕2号）等规定，制定本细则。

第二条 本细则适用于全省人力资源社会保障部门、劳动能力鉴定机构、社会保险经办机构、工伤保险医疗（康复）服务协议机构（以下统称协议机构）等开展工伤康复活动。

第三条 省级社会保险经办机构负责全省工伤康复经办管理服务的指导、监督和检查，规范工伤康复服务行为，加强基金运行分析和风险控制。

市级社会保险经办机构根据按需配置、布局合理的原则评估确定工伤保险康复服务协议机构（以下简称工伤康复机构）。各级社会保险经办机构具体负责本行政区域内工伤康复经办、监督检查和工伤康复机构的协议管理。

设区的市级（以下简称市级）劳动能力鉴定委员会负责工伤康复专家管理，对工伤职工的康复申请进行确认，对有异议的康复早期介入治疗意见及延长工伤康复期限建议进行审核。

第二章 工伤康复早期介入治疗与审核

第四条 各级人力资源社会保障部门在收到工伤认定申请时，应向申请人告知受事故伤害职工工伤康复权益，并发放《工伤康复权益告知书》（附件1）。

第五条 在工伤认定结论作出前，受伤职工伤情稳定后，到协议机构进行康复治疗的，经协议机构评估符合康复要求的，纳入康复早期介入治疗期，康复早期介入治疗期原则上至工伤认定结论作出时终止。

工伤认定结论在康复早期介入住院治疗期间作出的，当次住院康复结束时间作为康复早期介入期终止时间。

第六条 协议机构在受伤职工治疗阶段，需要进行康复治疗时，应当提出《工伤康复早期介入治疗意见》（附件2），明确康复早期介入治疗期限、治疗方式和康复项目，经受伤职工或其近亲属同意后实施。

第七条 职工认定工伤后，用人单位、工伤职工及其近亲属在报销工伤康复早期介入治疗费用时，协议机构应当配合提供工伤康复早期介入治疗意见和病历资料。

经社会保险经办机构审核符合《人力资源社会保障部关于印发〈工伤康复服务项目（试行）〉和〈工伤康复服务规范（试行）〉（修订版）的通知》（人社部发〔2013〕30号，以下简称《服务项目及规范》）规定的费用，由工伤保险基金予以支付。

社会保险经办机构有异议的，可以将工伤康复早期介入治疗

意见、工伤医疗（康复）病历等资料，提交市级劳动能力鉴定委员会审核。审核通过的，工伤康复早期介入治疗费用由工伤保险基金支付。审核不通过的，工伤保险基金不予支付。

第八条 市级劳动能力鉴定委员会应当自收到社会保险经办机构提出的康复早期介入异议之日起 20 日内，组织 3 名或者 5 名相关专家组成康复专家组，对早期介入康复价值和早期介入康复期限进行审核，作出《工伤康复早期介入治疗审核意见书》（附件 3）。

第九条 康复专家组认为需要现场检查的，市级劳动能力鉴定委员会应当提前通知工伤职工鉴定的时间、地点以及应当携带的材料，工伤职工应当按照通知的时间、地点参加现场鉴定，作出结论时间可以适当延长，延长时间不超过 30 日。

第三章 工伤康复确认申请与审核

第十条 职工认定工伤后，需要进行康复治疗的，用人单位、工伤职工或者其近亲属应当填写《工伤劳动能力确认申请表》（附件 4），并向市级劳动能力鉴定委员会提交按照医疗机构病历管理有关规定复印或者复制的检查、检验报告等完整病历材料；患职业病的职工，应当提供有效的职业病诊断证明书或者职业病诊断鉴定书。

工伤职工与用人单位依法解除或终止劳动关系的，不再进行康复对象确认，解除或终止劳动关系证明可以按照告知承诺方式办理。

第十一条 市级劳动能力鉴定委员会应当在收到工伤康复申请之日起5个工作日内，对申请人提供的材料进行审核，提供材料不完整的，应当一次性书面告知申请人需要补正的全部材料，并告知补正时限。申请人无正当理由逾期不补正的，视为撤回工伤康复申请。

第十二条 工伤康复申请材料完整的，市级劳动能力鉴定委员会应当予以受理，并在受理工伤康复申请之日起30日内，通过设置康复门诊、远程视频等便捷方式，组织康复专家组根据《服务项目及规范》对工伤职工进行确认评估，评估康复价值、确认康复期限，作出《工伤劳动能力确认结论书（工伤康复确认）》（附件5），并送达用人单位、工伤职工或其近亲属，通过内部信息共享同步至社会保险经办机构、工伤康复机构。康复专家组认为需要现场检查的，按照第九条规定执行。

市级劳动能力鉴定委员会确认的工伤康复期限，开始时间原则上不得早于提出工伤康复确认申请的时间。

第十三条 工伤职工对工伤康复确认结论有异议的，可在收到结论之日起15日内向市级劳动能力鉴定委员会申请复核。市级劳动能力鉴定委员会作出的《工伤劳动能力复核确认结论书（工伤康复确认）》（附件6）为最终结论。

第十四条 工伤职工应当在确认的康复期限内进行康复。康复期届满前，工伤康复机构认为工伤职工仍有康复价值的，应当在康复期满前20日内，出具《延长工伤康复期限建议书》（附件7）。用人单位、工伤职工或其近亲属可以向市级劳动能力鉴

定委员会提出延长工伤康复期申请，并提交《延长工伤康复期限建议书》及相关病历材料。

第十五条 市级劳动能力鉴定委员会应当在收到申请之日起 20 日内，根据《服务项目及规范》完成审核，作出《延长工伤康复期限审核意见书》（附件 8），康复专家组认为需要现场检查的，按照第九条规定执行。

第十六条 工伤康复机构出具《延长工伤康复期限建议书》后，在市级劳动能力鉴定委员会完成延期审核前，应当继续为工伤职工提供工伤康复治疗服务。

经审核可以延期的，符合规定的费用，由工伤保险基金予以支付。经审核不需延期的，超出工伤康复期限发生的康复费用，工伤保险基金不予支付。

第十七条 工伤职工在进行劳动功能障碍程度、生活自理障碍程度鉴定时，劳动能力鉴定专家组认为具有康复价值，且康复后可能会影响鉴定结论的，可中止本次鉴定，待完成工伤康复治疗 after，恢复鉴定程序。

工伤职工未确认康复期限或康复期限届满未提出延长申请的，市级劳动能力鉴定委员会应当协助工伤职工提出康复申请，并根据本次劳动能力鉴定专家组意见，作出工伤康复确认结论。

第十八条 康复期、延长的康复期累计计算，最长不超过《服务项目及规范》相关规定。

《服务项目及规范》中规定的康复住院已到出院时间，仍需继续住院康复者，可适当延长住院时间，适当延长的时限原则上

不得超过工伤病种所对应最长康复住院时限。

第四章 工伤康复费用审核结算

第十九条 职工受伤后，在首次住院（含急诊转院）期间，医疗机构在急性期临床治疗阶段对工伤部位使用康复项目进行辅助治疗的，工伤医疗费符合工伤保险诊疗（康复）目录的，由工伤保险基金予以支付。

第二十条 经市级劳动能力鉴定委员会确认需要康复的工伤职工，因工伤伤情需要或长期居住在外地的，可以向社会保险经办机构提交《工伤保险异地康复治疗备案表》（附件9），经社会保险经办机构同意后，可在当地工伤康复机构进行康复，所产生的符合《服务项目及规范》及山东省医疗机构医疗服务价格的物理治疗与康复费用由工伤保险基金支付。

跨省异地康复直接结算的，按照工伤职工异地就医直接结算有关规定执行。

第二十一条 工伤康复机构在开展康复服务前，应根据工伤职工伤情制定针对性康复方案，出具《工伤康复治疗方案备案表》（附件10），并向社会保险经办机构进行备案。在康复过程中根据康复效果适时调整康复方案，并在康复方案调整后5个工作日内进行上报。

第二十二条 工伤康复机构应当定期向社会保险经办机构提出工伤康复费用结算申请。社会保险经办机构结合工伤职工康复资料及时审核结算康复费用，费用结算方式按照康复服务项目

支付。

第二十三条 工伤康复机构在康复治疗过程中，确需使用超出范围的药品、诊疗服务项目、康复服务项目的，应当提前书面告知相关康复费用由用人单位或工伤职工自负的情况，并经用人单位或工伤职工及近亲属同意。未经用人单位或工伤职工及近亲属同意擅自使用超出范围的康复费用，由工伤康复机构承担。

第五章 工伤康复机构评估

第二十四条 提出纳入工伤康复机构申请的机构，应当如实提供以下材料：

- （一）《工伤保险康复服务协议机构申请表》（附件 11）；
- （二）医疗机构执业许可证及法人资格证书或军队医疗机构为民服务许可证照复印件；
- （三）与工伤保险政策对应的内部管理制度和财务制度文本；
- （四）与工伤保险有关的医疗机构信息系统相关材料；
- （五）人力资源社会保障部门要求提供的其他材料。

第二十五条 市级社会保险经办机构应当组织相关部门从基本设施、场所、人才、技术等方面，对提交申请的工伤康复机构进行评估，并填写《工伤保险康复服务协议机构申请评估表》（附件 12），综合评估在 80 分以上为合格。

第二十六条 工伤康复机构确定按照以下流程进行：

- （一）发布通知。在人力资源社会保障部门官方网站公布工

伤康复机构申请的条件、时间、地点、申请所需材料等,申请单位根据要求提交申请材料。

(二) 申请受理。市级社会保险经办机构应当在收到工伤康复机构申请之日起5个工作日内,对申请提供的材料进行审核。提供材料完整的,予以受理。提供材料不完整的,应当一次性书面告知申请人需要补正的全部材料,并告知补正时限,无正当理由逾期不补正的,视为申请人撤回申请。

(三) 资格评估。市级社会保险经办机构应当自受理申请之日起3个月内,组织评估小组完成审核评估工作。评估小组成员包括人力资源社会保障部门、社会保险经办机构、劳动能力鉴定机构等专业工作人员及医疗康复专家。

(四) 结果公示。按照布局合理、方便职工就诊的原则和申请评估结果,在达到合格要求的机构中择优确定拟纳入的工伤康复机构名单,并向社会公示,公示时间为5个工作日。

(五) 协议签订。公示期满无异议的,工伤康复机构需按照省工伤保险信息系统的技术和接口标准,配备联网管理的相关设施和设备,实现与工伤保险信息系统有效对接,实现联网结算后,经办机构与其签订协议。

第二十七条 审核评估中发现存在下列情形之一的,终止评估程序:

(一) 现场检查,对医疗机构的资质情况、场地设施、科室设置、人员配备、信息系统、内部管理等情况进行检查,检查结果不合格的;

(二) 资料查验，发现提供虚假材料的；

(三) 近 1 年存在因违反相关法律法规，被吊销或暂停医疗资质的。

第二十八条 社会保险经办机构按规定与确定的康复机构签订工伤保险康复服务协议（以下简称服务协议），明确双方权利义务，协议期一般为 3 年。服务协议报同级人力资源社会保障部门备案。

第六章 工伤康复机构协议管理

第二十九条 社会保险经办机构主要履行以下职责：

- (一) 负责评估确定工伤康复机构，并签订服务协议；
- (二) 负责工伤康复费用审核，并及时拨付符合规定的费用；
- (三) 负责对工伤康复机构进行监督管理；
- (四) 负责工伤康复档案管理。

第三十条 工伤康复机构主要履行以下职责：

(一) 负责严格遵守工伤保险法规政策和服务规范，全面履行服务协议，为工伤职工提供工伤康复服务；

(二) 负责核实工伤职工身份信息，对于住院康复的工伤职工，定期开展巡房，杜绝挂床住院、冒名住院等问题；

(三) 配合接受社会保险经办机构的监督检查，提供工伤康复有关资料；

(四) 负责提供符合社会保险服务要求的信息系统，能够开

展工伤康复费用的直接联网结算。根据国家和省级政策规定，配合完成信息系统改造和接口对接等工作。

第三十一条 社会保险经办机构应采取日常检查、第三方检查、智能监控、社会监督和定期评估等方式，对工伤康复机构执行工伤保险康复政策和履行服务协议情况进行履约评价，并填写《工伤保险康复服务协议机构履约评价表》（附件13）。

第三十二条 社会保险经办机构发现工伤康复机构存在违反服务协议约定情形的，按照服务协议约定采取以下处理方式：

（一）约谈医疗机构法定代表人、主要负责人或实际控制人；

（二）暂停或不予拨付费用；

（三）按照相关规定，扣除履约质量保证金。涉及工伤保险基金违规支出的，应当予以追回；

（四）中止或解除服务协议。

第三十三条 工伤康复机构存在以下情形之一的，社会保险经办机构可以解除服务协议，并向社会公布解除工伤康复机构名单：

（一）以弄虚作假等不正当手段申请取得工伤康复机构资格的；

（二）拒绝、阻挠或不配合人力资源社会保障部门开展智能审核、系统对接、监督检查等，情节恶劣的；

（三）工伤康复机构未按照协议要求履行及时报告义务，造成不良影响的；

(四) 人力资源社会保障部门或其他有关部门发现工伤康复机构存在重大违法违规行为且可能造成工伤保险基金重大损失的;

(五) 被吊销、注销医疗机构执业许可证的;

(六) 法定代表人、主要负责人或实际控制人有违法失信行为, 导致服务协议不能履行的;

(七) 根据法律法规及服务协议应当解除的其他情形。

第三十四条 社会保险经办机构未履行服务协议的, 工伤康复机构可以提出纠正要求或者提请同级人力资源社会保障部门协调处理、督促整改, 也可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

第七章 附 则

第三十五条 工伤康复机构应当建立工伤职工康复档案, 内容包括: 康复计划、康复方案、康复治疗师、康复治疗处方、项目执行单(包括康复实施人、康复实施时间、康复次数)以及康复评价报告与出院康复评估意见等内容。

第三十六条 确认职业伤害的新就业形态人员, 参照本细则执行, 其中有关待遇按照新就业形态人员职业伤害保障有关规定执行。

第三十七条 工伤保险医疗服务协议机构、工伤保险辅助器具配置服务协议机构的申请评估程序, 参照本细则执行。各市结合本地实际, 制定具体评估标准。

第三十八条 工伤康复机构服务协议在本细则实施后到期

的，在首次续签时，应当按照本细则重新进行评估。

第三十九条 本细则自 2026 年 3 月 1 日起施行。本细则实施前已经完成康复治疗的相关费用，按照原流程办理。

- 附件：
1. 工伤康复权益告知书
 2. 工伤康复早期介入治疗意见
 3. 工伤康复早期介入治疗审核意见书
 4. 工伤劳动能力确认申请表
 5. 工伤劳动能力确认结论书（工伤康复确认）
 6. 工伤劳动能力复核确认结论书（工伤康复确认）
 7. 延长工伤康复期限建议书
 8. 延长工伤康复期限审核意见书
 9. 工伤保险异地康复治疗备案表
 10. 工伤康复治疗方案备案表
 11. 工伤保险康复服务协议机构申请表
 12. 工伤保险康复服务协议机构申请评估表
 13. 工伤保险康复服务协议机构履约评价表

附件 1

_____ 工伤康复权益告知书

工伤康复是工伤保险制度的重要内容，是利用现代康复的理论和技術，为工伤职工提供医疗康复、职业康复等服务，尽可能地恢复和提高身体功能、生活自理和劳动能力，促进受伤职工回归社会、回归岗位。请您阅知工伤康复有关政策，与我们一起做好工伤康复工作。

职工认定工伤后需要工伤康复的，本人或者近亲属、用人单位应当向市级劳动能力鉴定委员会提出工伤康复确认申请。经劳动能力鉴定委员会确认同意后，工伤职工可以在康复期限内到工伤康复协议机构进行康复治疗。工伤认定结论作出前，受伤职工在工伤协议机构开展康复早期介入的，在认定工伤后，符合工伤康复规定的，可获得工伤康复早期介入相应保障；未认定工伤的、康复非工伤部位或工伤认定后未经市级劳动能力鉴定委员会工伤康复确认自行康复的，相关待遇工伤保险基金不予支付。开展工伤康复早期介入的职工，应在收到工伤认定结论后及时告知协议机构。

如需进一步了解工伤康复相关政策，欢迎向人力资源社会保障部门、工伤康复协议机构咨询。

咨询电话：

工伤康复协议机构查询链接：

附件 3

工伤康复早期介入治疗审核意见书

__劳鉴伤审〔202〕 号

姓名：

身份证号码：

单位名称：

社保经办机构名称：

协议机构名称：

工伤认定文书编号：

根据__（社保经办机构）__提交的材料，劳动能力鉴定专家组对__（协议机构名称）__出具的《工伤康复早期介入治疗意见》进行审核。经审核，专家组认为（符合工伤康复要求/不符合工伤康复要求/基本符合工伤康复要求，其中早期介入治疗期限应调整为 年 月 日—— 年 月 日）。

____市劳动能力鉴定委员会

年 月 日

附件 4

工伤劳动能力确认申请表

职工信息栏	工伤职工姓名		身份证件号码	
	工伤认定书编号		是否参加工伤保险	
	送达方式： <input type="checkbox"/> 电子送达 <input type="checkbox"/> 邮寄送达 <input type="checkbox"/> 窗口自取 (未选择默认电子送达)			
	手机号码（必填）： (通知及电子送达)			
	邮寄送达地址：			
单位信息栏	用人单位名称		单位联系人	
	送达方式： <input type="checkbox"/> 电子送达 <input type="checkbox"/> 邮寄送达 <input type="checkbox"/> 窗口自取 (未选择默认电子送达)			
	联系人手机号码（必填）： (通知及电子送达)			
	邮寄送达地址：			
申请事项信息栏	申请类型选择(请在□内打√)： <input type="checkbox"/> 工伤康复确认 (<input type="checkbox"/> 初次确认 <input type="checkbox"/> 复核确认) 康复计划开始时间： 年 月 日 (不得早于提出康复确认申请的时间) <input type="checkbox"/> 工伤康复期延长审核 (出具延长建议的工伤康复机构名称：) <input type="checkbox"/> 工伤辅助器具配置 <input type="checkbox"/> 工伤停工留薪期延长 <input type="checkbox"/> 工伤旧伤复发			
	申请主体(请在□内打√)： <input type="checkbox"/> 1. 用人单位 <input type="checkbox"/> 2. 工伤职工或者其近亲属 <input type="checkbox"/> 3. 其他：			
申请信息栏	申请理由：			
	<p style="text-align: center;">被鉴定人承诺</p> <p>本人所填信息真实、准确、完整、有效，所提供的医学资料能反映本人历年来的病情和诊疗事实。本人授权同意经办机构通过相关单位查询与本人劳动能力鉴定相关的个人信息，用于核实承诺内容的真实性。如存在虚假情形，本人愿意承担相关责任。</p> <p>申请人签名（手印）： _____</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>	<p style="text-align: center;">单位承诺</p> <p>本单位所填信息真实、准确、完整、有效。本单位对被鉴定人提交的相关材料已经审核，其情况属实。</p> <p>申请单位签字（盖章）： _____</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>		

附件 5

工伤劳动能力确认结论书

(工伤康复确认)

____劳鉴伤确字〔202〕 号

职工姓名：

身份证号码：

工伤认定文书编号：

事故发生时间：

根据《工伤保险条例》《山东省工伤康复管理办法》及工伤保险相关政策，依据《工伤康复服务项目（试行）》和《工伤康复服务规范（试行）》相关规定，经劳动能力鉴定专家组进行相关医学检查，确认结论为（XX符合工伤康复要求，康复期限为 年 月 日—— 年 月 日/XX不符合《工伤康复服务项目（试行）》《工伤康复服务规范（试行）》规定的要求）。

对本鉴定结论不服的，可以自收到本鉴定结论书之日起 15 日内向我委提出复核确认申请。

____市劳动能力鉴定委员会

年 月 日

注：本鉴定结论书一式四份，工伤职工、用人单位、社会保险经办机构、劳动能力鉴定委员会各一份。

附件 6

工伤劳动能力复核确认结论书

(工伤康复确认)

____劳鉴伤确核字〔202〕 号

姓名：

身份证号码：

工伤认定文书编号：

工伤康复确认结论书编号：

根据《工伤保险条例》《山东省工伤康复管理办法》及工伤保险相关政策，依据《工伤康复服务项目（试行）》和《工伤康复服务规范（试行）》相关规定，经劳动能力鉴定专家组进行相关医学检查，确认结论为 （XX 符合工伤康复要求，康复期限为 年 月 日—— 年 月 日/XX 不符合《工伤康复服务项目（试行）》《工伤康复服务规范（试行）》规定的要求）。

本鉴定结论为最终结论。

____市劳动能力鉴定委员会

年 月 日

注：本鉴定结论书一式四份，工伤职工、用人单位、社会保险经办机构、劳动能力鉴定委员会各一份。

附件 8

延长工伤康复期限审核意见书

__劳鉴伤审〔202〕 号

姓名： 身份证号码：

工伤认定文书编号：

工伤康复机构名称：

根据申请人提交的材料，劳动能力鉴定专家组对 （工伤康复机构名称） 出具的《延长工伤康复期限建议书》进行审核。经审核，专家组认为 （符合工伤康复要求，同意延长工伤康复期限/不符合工伤康复要求，不同意延长工伤康复期限/基本符合工伤康复要求，工伤康复延长期限调整为 年 月 日—— 年 月 日）。

____市劳动能力鉴定委员会

年 月 日

注：本鉴定结论书一式三份，申请人、社会保险经办机构、劳动能力鉴定委员会各一份。

附件 9

工伤保险异地康复治疗备案表

编号：

人员基本信息	姓名		性别	
	公民身份号码		受伤部位	
	工伤认定文书编号		联系电话	
	联系地址			
备案信息	备案类别	<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 变更		
	<input type="checkbox"/> 异地转诊转院康复人员	转出工伤康复机构名称：		
	<input type="checkbox"/> 异地长期居住康复人员	长期居住地址：		
申请人基本信息	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 工伤职工近亲属		近亲属姓名	
	近亲属公民身份号码		联系方式	
	申请人： （指印） 年 月 日			
就医地	_____省（自治区、直辖市）_____市（县、区）			
参保地经办机构意见	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意_____（理由） 备案有效期：____年____月____日至____年____月____日 <div style="text-align: right;"> （经办机构盖章） 年 月 日 </div> 经办人：			

- 备注：1.本表一式二份，社保经办机构留存一份，申请人留存一份；
- 2.本表供工伤职工及其近亲属申请备案使用，工伤职工近亲属申请的，另须提供其有效身份证件；工伤职工委托他人申请的，另须提供授权委托书；
- 3.转诊转院的工伤职工另须提供参保地规定的工伤康复协议机构转诊转院意见；
- 4.异地长期居住的工伤职工，居住地为户籍所在地的另须提供户籍相关材料、居住地为非户籍所在地的须提供居住证、村（居）委会证明等长期居住佐证材料。

附件 10

工伤康复治疗方案备案表

编号：

姓 名		身份证号		职工联系电话	
所在单位		单位联系人		单位联系电话	
工伤认定书文号		工伤部位			
工伤发生时间		工伤康复期时限			
经审核工伤康复延长的时限		就诊时间		预计费用	
工伤部位 伤情及诊断情况	(由工伤康复协议机构填写)				
康复目标、 康复治疗 计划、康复 期	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end; padding: 5px;"> 科主任签名：_____ 主管医生签名：_____ 单位（盖章） 年 月 日 </div>				

备注：本表一式二份，经办机构留存一份，协议机构留存一份。

附件 11

工伤保险康复服务协议机构申请表

单位名称：

主管部门：

单位地址：

邮政编码：

联系人：

联系电话：

填表日期：

山东省社会保险事业中心 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》《山东省工伤康复管理办法》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准确、真实、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管理，并接受联合惩戒。涉及违纪违规的，依法依规处理。

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 (全国唯一标识码)		有效期限		年 月 日 - 年 月 日	
执业地址		邮 政 编 码			
医疗机构等级		<input type="checkbox"/> 三级以上综合医疗机构 <input type="checkbox"/> 二级以上康复专科医院 <input type="checkbox"/> 其他:		等级认定单位	
所有制形式		经 营 性 质		<input type="checkbox"/> 营利 <input type="checkbox"/> 非营利 <input type="checkbox"/> 部队	
医疗机构类别		工伤保险协议首次签约时间			
是否分支机构		上级医疗机构名称			
医疗机构用房性质		<input type="checkbox"/> 自有 <input type="checkbox"/> 租赁	医疗机构用房租赁合同 剩余有效期		年
本医疗机构 10 公里内有无工伤康复服务协议机构					
主管单位名称					
注册资金		康复用房建筑面积		m ²	
法定代表人		主要 负 责 人			
人员构成		高级职称	中级职称	初级职称	总人数
	康复医师				
	护 士				
	康 复 治疗师				
	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, 其中康复科室:		个		
住院	病区: 个, 其中康复病区:		个		
	床位: 张, 其中康复床位:		张		
根据本评估标准自评得分: 分					

三、申报项目及服务能力

申请前的费用情况 (上年度)	康复类门诊			康复类住院		
	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					
纳入医疗保险定点管理情况	属于医保定点 <input type="checkbox"/> ；不属于医保定点 <input type="checkbox"/>					
	最近一次医保服务协议起止时间：年 月 日至 年 月 日					
<p>服务能力介绍（请对已开展康复服务或工伤康复服务年限、近三年业务收支情况和康复类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、承担工伤康复服务能力如工伤康复费联网结算等情况说明）：</p>						

康复 科室 设置 情况	科室 名称		床位数		
	科室 负责人		联系 电话		
	临床医师 总人数(含 康复医师 转岗培训)	康复专业执业范围医师人数			
		中医专业执业范围医师人数			
		内科专业执业范围医师人数			
		其他专业执业范围医师人数(请分别写明执业范围)			
	注册 护士 人数				
业务范围:					

	设备名称	规格	使用情况	说明
	功能牵引网架		是或否	
	超声波治疗机			
	蜡疗设备			
	其他：列举式			
			

康复
设备

申报材料清单	序号	名称	说明
	1	《营业执照》或《事业单位法人证书》副本原件和复印件	
	2	《医疗机构执业许可证》副本原件和复印件，或者军队医疗机构对社会提供服务的相关证件资料原件和复印件	
	3	医院等级证书或相应等级批准文件原件和复印件	
	4	纳入基本医疗保险定点医疗机构协议管理相关文件	
	5	医疗服务、康复服务管理制度	
	6	医疗机构建筑平面图原件及复印件。标注康复病房、康复业务用房功能分区和面积等	
	7	主要康复器械和设备目录	
	8	康复专业医师、康复治疗师等相关证书原件和复印件	
	...	其他：列举式	

四、申报、审核意见

<p>申报 单位 意见</p>	<p style="text-align: right;">(盖章) 年 月 日</p>
<p>所在地社保 经办机构 意见</p>	<p style="text-align: right;">(盖章) 年 月 日</p>
<p>评估专家组 意见</p>	<p style="text-align: right;">专家组签名： 年 月 日</p>

- 备注：**1. 此表用于机构申请纳入工伤保险康复服务协议机构时填报。
 2. 申请表一式三份，申请单位、市级人力资源社会保障部门、社保经办机构各一份。
 3. 相关表格页面不足可另附页。

附件 12

工伤保险康复服务协议机构申请评估表

机构名称:

日期: 年 月 日

评估内容	评估标准	分值	得分	备注
经卫生健康及中医药行政部门批准并取得《医疗机构执业许可证》的医疗机构,以及经地方卫生健康行政部门同意对社会提供服务的军队医疗机构。	取得《医疗机构执业许可证》或军队医疗机构为民服务许可证照的,符合要求。不满足条件的,终止评估程序。	--		
具备二级以上康复专科机构条件或三级综合医疗机构资质;	符合要求得 15 分,具备二级综合医疗机构或三级专科医疗机构,得 5 分,其他情形不得分。	15		
设有专门的康复病房,康复病床位在 50 张以上。	符合 50 张要求的,得 12 分,每增加 1 张,加 0.5 分,最多加 3 分。每减少 1 张,减 1 分,不足 40 张不得分。	15		
每张病床净使用面积在 6 m ² 左右	符合每张病床净使用面积在 6 m ² ,得 5 分,不符合的不得分。	5		
康复业务用房面积在 800 m ² 以上(不含病房),有独立的康复功能评定、康复治疗 and 康复支具安装室等。	符合业务用房面积在 800 m ² 以上的,得 17 分,每增加 50 m ² ,加 0.5 分,最多加 3 分。每减少 20 m ² ,减 1 分,600 m ² 以下不得分。	20		
有较为完善的康复器械和设备。	康复器械和设备完善,能够满足运动、理疗(声热光磁电)、作业治疗、康复支具、语言治疗、认知心理治疗的,得 15 分。每少 1 项扣 2 分。	15		
拥有 10 名以上康复相关专业医师(含康复转岗培训医师)	拥有经过专业培训的康复专业医师 10 名,得 8 分,每增加 1 名,加 1 分,最多加 2 分。每减少 1 名,减 2 分,不足 7 名,不得分。	10		
拥有经过专业培训的康复治疗师 20 名以上	拥有经过专业培训的康复治疗师 20 名,得 8 分,每增加 1 名,加 0.5 分,最多加 2 分。每减少 1 名,减 1 分,不足 14 名,不得分。	10		
医院管理信息系统能够满足工伤职工的就医、费用结算等服务需求。	符合要求得 10 分,不符合要求不得分。	10		
综合评分				
评估小组签字:				

附件 13

工伤保险康复服务协议机构履约评价表

机构名称：

日期： 年 月 日

评估内容	评估标准	分值	得分	备注
存在套取工伤保险基金行为的；存在通过伪造康复文书、财务票据或凭证等方式，虚构康复服务、虚假费用、串换药品、诊疗项目或康复项目的；协议有效期内累计2次被暂停协议或暂停协议期间未按时限要求整改或整改不到位的。	发现并查实，存在套取工伤保险基金行为的，不得分。	10		
无正当理由拒绝、阻挠或不配合甲方、第三方机构开展必要监督检查的情况。	存在相关情形的，不得分。	10		
被吊销《医疗机构执业许可证》或《营业执照》。	存在相关情形的，不得分。	10		
造成严重后果或重大社会影响的违规行为。	存在相关情形的，不得分。	10		
建立内部管理制度，指定一名院领导和至少一名专（兼）职管理人员负责工伤保险康复服务管理工作。	未建立内部管理制度的扣2分，未按规定指定管理人员的扣3分。	5		
加强内部政策培训，建立培训档案并留存备查。	未开展内部政策培训的扣3分，未建立培训档案留存备查的扣2分。	5		
将工伤保险的主要政策、康复流程和各项收费标准予以公示，并设立投诉举报电话和意见箱，以书面形式告知社会保险经办机构。	未按规定公布的扣3分，未设立投诉电话等扣1分，未以书面形式告知社保经办机构的扣1分。	5		
协议履行期间，协议机构重要信息发生变更的，应及时办理变更备案。	信息变更，未办理变更备案的，不得分。变更信息，疏漏1项扣1分，扣完为止。	5		
按照规定提供康复服务，合理检查，合理康复，合规收费。	发现并查实一例违规事项扣2分，扣完为止。	10		
建立工伤职工康复评估制度，认真制定康复方案、出具工伤康复评估意见等。	未落实工伤职工康复评估制度，发现并查实一例违规行为，扣1分，扣完为止。	10		

评估内容	评估标准	分值	得分	备注
认真落实工伤职工知情确认制度，对工伤职工自费项目及超出医疗、康复服务项目价格进行知情确认。	未落实工伤职工知情确认制度，发现并查实一例违规行为，扣1分，扣完为止。	5		
建立工伤职工康复档案。其中，进行康复治疗的服务记录应经康复治疗师和工伤职工或其家属签字确认，康复记录应真实、准确、完整，并按医院档案管理要求存档备查。	发现并查实一例违规行为，扣1分，扣完为止。	10		
医院管理信息系统能够满足工伤职工的医疗、康复费用结算等服务需求。	医院管理信息系统能够满足工伤职工的医疗、康复费用结算等服务需求的，得2分。医院管理信息系统与社会保险经办信息系统实现联网的，得3分。医院管理信息系统与社会保险经办信息系统实现联网，并开展联网结算得5分。	5		
(扣分项) 市级劳动能力鉴定委员会康复早期介入和延长工伤康复期限审核意见情况。	市级劳动能力鉴定委员会审核通过(包括符合要求及基本符合要求)率在90%以上的不扣分，每下降2个百分点扣1分，最多扣10分。	10		
(加分项) ①积极派出人员协助经办机构开展工伤保险待遇审核、监督评价、病案评审等工作的；②主动发现并积极配合人力资源社会保障部门查处冒名康复等骗保行为的；③主动参加并积极配合人力资源社会保障部门开展的各类宣传培训活动；④主动承接并积极为参保职工办理社会保险各项经办业务；⑤建立康复服务对象满意度评价制度，回访满意度达到100%的。	每符合一项加2分，最多加10分。	10		
综合评分				
评估小组签字:				

履约评价得分在70分以下为不合格，70分—80分为基本合格，80分以上为合格。

山东省人力资源和社会保障厅办公室

2026年2月28日印发

校核人：沈飞
