

广东省工伤保险医疗服务协议机构 评估申请表

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: _____

广东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》《广东省工伤保险条例》《广东省社会保险基金监督条例》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，社会保险经办机构将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

信息系统 开发商	公司名称		
	联系人		
	联系手机		
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		
其他基本 信息	工伤保险协议首次签订时间		
	所在村（居）是否有其他工伤保险医疗服务协议机构		
	其他医疗机构名称		
	是否为分支机构		
	上级医疗机构名称		
	医院等级		
	经营性质		
	医疗用房建筑面积m²		
	网址		
	对外固定电话		
人员构成	医师数量	高级职称	
		中级职称	
		初级职称	
		小计	0
	护士数量	高级职称	
		中级职称	
		初级职称	
		小计	0
	医技人员数量	高级职称	
		中级职称	
		初级职称	
		小计	0
	其他人员数量	高级职称	
		中级职称	
		初级职称	
		小计	0
	卫生技术人员合计	高级职称	0
		中级职称	0
		初级职称	0
		合计	0

单位 主要 业务 及特 色介 绍	
---	--

[illegible]

省集中式人力资源和社会保障一体化信息系统改造情况	接口类别	改造项目	改造情况	内测结果	备注
	门诊类业务接口 (12个)	门诊挂号时取人员信息			必选
		收费时提取门诊业务信息			必选
		退费时提取门诊业务信息			必选
		门诊挂号			必选
		门诊计算并保存费用信息			必选
		取消门诊挂号			必选
	住院类业务接口 (12个)	入院登记时取人员信息			必选
		入院登记后取业务信息			必选
		校验并保存费用信息			必选
		校验并计算费用信息			必选
		删除本次住院业务所有费用明细			必选
		入院登记			必选
		入院登记信息修改			必选
		出院登记			必选
		出院结算			必选
		取消出院结算			必选
		取消出院登记			必选
		取消入院登记			必选
	其他接口 (2个)	基金状态查询接口			必选
		码表服务接口			必选

四、申报、审核意见

申报 单位 意见	(盖章) 年 月 日
所在地社保 经办机构 意见	(盖章) 年 月 日
评估专家组 意见	专家组签名: 年 月 日

备注:

1. 此表用于医疗机构申请纳入工伤保险医疗服务协议机构时填报。
2. 工伤特色科室/病区主要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,工伤特色床位是指工伤特色病区的床位。
3. 申请表一式五份,申请单位、省人力资源社会保障行政部门、市人力资源社会保障行政部门、省级社保经办机构、当地社保经办机构各一份。
4. 第二、三项相关表格页面不足可另附页。