流程图48:协议医疗机构申请流程图

1. 申请工伤医疗协议机构：

①《四川省工伤保险协议医疗机构申请表》（附件1）

②基本医疗保险协议机构有效服务协议书

1. 申请工伤康复协议机构：

①《四川省工伤康复协议机构申请表》（附件2）

②.基本医疗保险医疗康复机构有效服务协议书；

③康复专科机构或医疗机构等级批准文件；

④康复设施设备资料(康复病房，康复功能评定、康复治疗和康复支具安装室，康复器械和设备配置等相关资料)。

1. 申请工伤保险辅助器具配置机构：

①《四川省工伤保险辅助器具配置机构申请表》;（附件3）

②事业单位法人证书或民办非企业单位登记证书或营业执照；

③采购或销售产品公司的《医疗器械经营许可证》《医疗器械经营备案凭证》;

④市场监督管理部门监督检查合格的产品证明材料；

⑤辅助器具配置设施设备资料(辅助器具配置、维修及训练所必需的设施、功能训练室和辅助检查室、康复治疗室等相关资料);

⑥具有辅助器具配置、维修及训练所需相关专业的技师、操作人员和管理人员相关资料；

⑦假肢、矫形器产品说明书，售后服务准则，假肢装配标准等相关资料；

⑧辅助器具配置服务管理制度和售后服务系统相关资料。

医疗、康复、辅助器具机构准备资料

要件不齐不予受理

（一次性告知补正材料）

不通过

社保局后台审核资质

通过

处理成功

现场申请地址：市民中心三号花瓣3楼社保办事大厅所有对外办事窗口

经办人：前台工作人员

业务咨询、办理电话：0825-6188275

窗口咨询电话：0825-6188258

法定办结时限：无

承诺办结时限：45个工作日

附件1：

四川省工伤保险协议医疗机构申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 单位全称：XX医院 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 主管部门：XX卫健委 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 单位地址：XXXXXX |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 邮政编码：XXXXXX |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 联系人：李XX |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 联系电话：138XXXXXXXX |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 填表日期：XX年XX月XX日 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 | | XX医院 | | | | | |
| 营业执照注册号 或执业许可证号 | | XXXXX | | 取得证照时间 | XX年XX月XX日 | | |
| 注册或执业地址 | | XXXXXX | | 邮政编码 | XXXXXX | | |
| 经济性质 （公立/社办） | | XXXXXX | | 经营性质（是否营利） | | | 是口 否口 |
| 医院等级 | | XXXXX | | 协议首次签约时间 | | | XXXX |
| 主管单位名称 | | XXXX | | | | | |
| 单位银行账号信息 | | 银行名称 | XX 银行 XX 支行（分行） | | | | |
| 账户户名 | XXXXXXXXXXXXXXXXX | | | | |
| 开户银行账号 | XXXXXXXXXXXXXXXXXXX | | | | |
| 注册资金 | | XXXXXXXXXXXXX | | 医疗用房建筑面积 | | XX平方米 | |
| 法定代表人 | | XXXXXXXXX | | 法定代表人电话 | | XXXXXXX | |
| 实际控制人 | | XXXXXXXXXXXX | | 实际控制人电话 | | XXXXXXXX | |
| 主要负责人 | | XXXXXXXXXXX | | 主要负责人电话 | | XXXXXX | |
| 联系人 | | XXXXXXXXXXXXXX | | 联系人电话 | | XXXXXX | |
| 电子邮箱 | | XXXXXXXXXXXXX | | | | | |
| 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 | XXXXXX | XXXXXX |  | |  | |
| 护士 | XXXXXX | XXXXXX |  | |  | |
| 医技人员 | XXXXXX | XXXXXX |  | |  | |
| 其他 | XXXXXX |  |  | |  | |
| 合计 | XXXXXX |  |  | |  | |
| 床位情况 | 核定床位数： | | | 实际开放床位数： | | | |
| 门诊 | 科室： XX 个，其中工伤特色科室： XX 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 | XXXXXXXXXXX |
|

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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） |
| XX | XX | XX | XX | XX | XX |
| 总费用： XX 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 | | 评估组签名： 年 月 日 | | | | | | |
| 市（州）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。 | | | | | | | | |
| 3.第二、三项相关表格不够填写可另附页。 | | | | | | | | |

附加2：

四川省工伤康复协议机构申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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： |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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） | | | 是口 否口 |
| 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 | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 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、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 | | 评估组签名： 年 月 日 | | | | | | |
| 市（州）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。 | | | | | | | | |
| 3.第二、三项相关表格不够填写可另附页。 | | | | | | | | |

附件3：

四川省工伤保险辅助器具配置机构申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位全称： |  |  |  |  |  |  |  |
| 所属行业： |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位全称 |  | | | | |
| 营业执照注册号或执业许可证号 |  | | | | |
| 注册或执业地址 |  | | | 邮编 |  |
| 法人代表 |  | 联系人 |  | 电话 |  |
| 电子邮箱 |  | | | | |
| 所有制 |  | 机构等级 |  | 机构类型 |  |
| 职工总数 |  | 技术人员总数 |  | 建筑面积 | 平方米 |
| 申请服务项目 | □假肢 | | | | |
| □矫形器（□低温板材，□热塑板材） □生活类辅助器具 | | | | |
| □助听器（□耳背式、□耳内式、□耳道式） □光学助视器 | | | | |
| □假眼 □假牙 □假耳、假鼻、假乳配置 | | | | |
| 单位主要业务 及特色介绍 |  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 二、申报项目及服务能力 | |
| 申报服务 | （按照申报服务分类进行填写，每个类别均需要填写，页面不足可自行添加） |
| **服务能力介绍**（请对所申报项目已开展服务年限、场地和科室设置、人员、设备和器材、管理制度建设情况进行说明） | |
|
|
|
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申报材料清单 | 序号 | 名称 | 说明 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 三、申报、审核意见 | |
| 申报单位意见 | （盖章）  年 月 日 |
| 县（市、区）级社会保险经办机构意见 | （盖章）  年 月 日 |
| 市（州）级社会保险 经办机构意见 | （盖章）  年 月 日 |
| 备注：本申请表一式三份，申请单位、县级及市（州）级社会保险经办机构各一份。 | |