河南省工伤保险医疗转诊机构、复机构申请表

申请单位 ： 申请时间 ：

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 机构代码 |  | 法人代表 |  |
| 所有制形式 |  | 机构类别 |  |
| 医院等级 |  | 邮政编码 |  |
| 单位地址 |  |
| 工伤保险管理部门 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 执业许可证号 |  |
| 单位开户银行及账号 |  |
| 卫生技术人员构成 |  | 总人数 | 高级职称 | 中级职称 | 初级职称 |
| 医生 |  |  |  |  |
| 护士 |  |  |  |  |
| 医技人员 |  |  |  |  |
| 其他人员 |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |
| 上年业务和收支 | 年门诊人次 |  | 次均门诊医疗费 |  |
| 年住院人次 |  | 平均住院日 |  |
| 人均住院费 |  | 人均日住院费 |  |
| 年业务收入 |  | 年业务支出 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 药品数量 |  | 总 数 | 《医保工伤药品目录》内的数量 |
| 西 药 |  |  |
| 中成药 |  |  |
| 中药饮片 |  |  |
| 合 计 |  |  |
| 大型医疗仪器设备清单 | 科室 | 设备名称 | 适应症 | 单项次收费 | 备注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：大型医疗仪器设备是指单项次收费在 100 元以上的设备。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 科室设臵及病床数 | 科室 | 床位数 | 科室 | 座位数 | 科室 | 床位数 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 申请内容 |  | （申请单位印章） 法人代表签字 年 | 月 | 日 |
| 省社会保障行政部门评估意见 |  |  | 年 | （印章） 月 | 日 |  |  |

填写说明：1.本表要求字迹工整，内容真实。 2.“医院等级”一栏由医院填写。 3.“工伤保险管理部门”一栏是指定点医疗机构负责工伤保险服务管理的部门。 4.“申请说明” 一栏由医疗机构填写申请定点医疗机构详细说明。