河南省工伤保险

**医疗转诊机构、康复机构**

**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  置  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 | （印章）  年 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。