宁波市加快工伤认定及医疗费结算试行办法

（征求意见稿）

为进一步加强工伤保险工作，提高经办工作效率，方便单位和工伤职工就医结算，根据《工伤保险条例》（国务院令第586号）、《工伤认定办法》（人力资源和社会保障部令第8号）、《浙江省工伤保险条例》等有关规定，结合我市实际，特制定宁波市加快工伤认定及医疗费结算试行办法。

一、开辟绿色通道，实施“待定工伤”快速预认机制

单位职工受到事故伤害后，同时符合以下条件的，可以作为“待定工伤”处理：

（一）已在本市参加工伤保险，且领取社会保障卡的职工；

（二）职工受到事故伤害基本符合认定为工伤情形的；

（三）职工受到事故伤害后在我市行政区域内工伤保险协议定点医疗机构（以下统称“定点医疗机构”）就医的；

（四）非第三人责任事故导致伤害的。

符合上述条件的参保职工发生重伤、死亡事故的，单位原则上在事故发生之日起2个工作日内向所辖社会保险行政部门报告；发生一般伤害事故的，单位原则上在事故发生之日起3个工作日内报告，并填写《职工工伤事故报告表》（附件1）。单位职工工伤事故报告方式可通过网络平台报告或到所辖社会保险行政部门工作窗口（以下简称工作窗口）提交书面报告。

社会保险行政部门通过网络平台或工作窗口收到单位职工工伤事故报告后，对符合“待定工伤”条件、事实清楚、权利义务明确的伤害事故，及时预认定为“待定工伤”，并将“待定工伤”信息通过网络平台或工作窗口及时告知单位、受伤职工、社会保险经办机构、定点医疗机构。

二、开通网络平台，实施工伤快速认定机制

符合上述条件的参保职工受到事故伤害后，单位可以通过网络平台提出工伤认定申请，并将《职工工伤认定申请表》（附件2）等有关申请材料进行电子扫描或拍照后传送给所辖社会保险行政部门进行工伤认定，或到工作窗口书面提出工伤认定申请。

社会保险行政部门受理工伤认定申请后，对重伤、死亡事故需要调查核实的，原则上在3个工作日内开展调查取证工作；一般事故原则上在5个工作日内开展调查取证工作。社会保险行政部门进行调查核实时，单位、职工、工会组织、医疗机构以及有关部门应当予以协助，并负责安排相关人员配合调查核实工作，据实提供情况和证明材料。

社会保险行政部门要按照法律法规规定，加快参保职工伤害事故调查和工伤认定进程，尽力缩短工伤认定期限。对受理事实清楚、权利义务明确的工伤认定申请，原则上在10个工作日内作出工伤认定决定，并按规定时间和要求将工伤认定结论送达单位、受伤职工，同时通过网络平台及时告知单位、受伤职工、社会保险经办机构、劳动能力鉴定机构、定点医疗机构，并将“待定工伤”信息确认为“工伤”或“非工伤”。

三、缩短医疗费垫付时间，实施工伤医疗费直接结算制度

参保职工遭受事故伤害需要治疗，应到定点医疗机构就医。情况紧急的可以先到就近的医疗机构急救，伤情稳定后及时转往定点医疗机构治疗。

参保职工在定点医疗机构门诊就医时，先由单位或职工垫付医疗费，待定点医疗机构收到社会保险行政部门“待定工伤”或“工伤”信息后，参保职工再次门诊就医时，所发生的符合规定的医疗费由定点医疗机构与社会保险经办机构通过网络平台、使用社会保障卡直接结算，单位或职工垫付的医疗费，按规定到所辖社会保险经办机构办理零星报销。

参保职工在定点医疗机构住院就医时，先由单位垫付医疗费（含康复医疗费），待定点医疗机构收到社会保险行政部门“待定工伤”或“工伤”信息后，参保职工所发生的符合规定的医疗费由定点医疗机构与社会保险经办机构通过网络平台、使用社会保障卡直接结算，参保职工出院结算时，定点医疗机构退还单位垫付的医疗费。

参保职工“待定工伤”确认为“非工伤”的医疗费、第三人责任事故发生的医疗费处理等事项，按有关规定办理。工伤职工医疗管理及医疗费结算办法按有关规定执行。

加快工伤认定及工伤职工医疗费直接结算工作，实行先试点、后扩大，逐步推进。先在本市部分定点医疗机构试点工伤职工住院医疗费直接结算，并根据实际逐步推行门诊医疗费直接结算，在此基础上逐步扩大到其他定点医疗机构直接结算。

四、本通知自2019年7月1日起执行。

附件：1.职工工伤事故报告表

2.职工工伤认定申请表

附件1

职工工伤事故报告表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单 位 | 单位名称 | |  | | | | | |
| 单位经营地址 | |  | | | | | |
| 联系人姓名 | |  | | 联系人电话 | | |  |
| 受伤职工 | 姓 名 |  | 性别 |  | 身份证号码 | |  | |
| 现家庭住址 | |  | | | | | |
| 联系人姓名 | |  | | 联系人电话 | | |  |
| 事故发生时间 | |  | | 事故发生地点 | | |  |
| 救治医院名称 | |  | | 受伤部位 | | |  |
| 社会保障卡 | | 有□ | | | 无□ | | |
| 医疗类别 | | 门诊□ | | | 住院□ | | |
| 事故发生  简要经过 |  | | | | | | | |
| 单位承诺意见 | 本单位对职工工伤事故报告真实性负责，严格执行工伤保险法律法规规定。  单位印章：  经办人签字：  年 月 日 | | | | | | | |

说明：1.报告方式：（1）网络平台报告。（2）工作窗口书面报告。

2.本表一式二份，社会保险行政部门、社会保险经办机构各存一份。

附件2

工伤认定申请表

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人 |  | | | | | | | |
| 申请时间 |  | | 联系人姓名 |  | | 联系人电话 | |  |
| 受伤职工姓名 |  | | 性别 |  | | 出生年月日 | |  |
| 受伤职工  身份证号码 |  | | | | | 联系电话 | |  |
| 受伤职工  现居住地址 |  | | | | | | | |
| 单位名称 |  | | | | | | | |
| 单位  经营地址 |  | | | | | | | |
| 受伤职工职业 |  | | | | 工种或工作岗位 | | |  |
| 事故发生时间 |  | | 初次诊疗  时间 | |  | | 受伤部位  或疾病名称 |  |
| 事故发生地所属  区县（市）街道（乡镇） | |  | | | | | | |
| 接触职业病  危害岗位 |  | | 接触职业病  危害时间 | |  | | 职业病名称 |  |
| 事故发生简要经过【包括职工姓名、受伤时间（年月日时分）、受伤地点、受伤主要原因和经过、送医救治及主要经过等】： | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 受伤职工或其近亲属意见**：**  签字:  年 月 日 |
| 单位意见**：**  法定代表人签字:  印章：  年 月 日 |
| 社会保险行政部门审查资料情况和受理意见**：**  印章：  年 月 日 |

说明：1.申请方式：（1）网络平台申请（2）工作窗口书面申请。

2.本表一式二份，社会保险行政部门、社会保险经办机构各存一份。