

淮南市工伤保险协议机构联网结算申报表

协议机构名称：

协议机构编码：

单位：元

序号	工伤职工姓名	职工身份证号	治疗类别	就诊类型	结算时间	发票总额	住院天数	住院伙食补助费 金 额
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
备注								

说明：治疗类别为“工伤医疗”“工伤康复”“辅助器具配置”；就诊类型为“门诊”“住院”“配置”“更换”；协议机构已垫付住院伙食补助费的填写金额并附支付凭证。

协议机构申报人：

（协议机构盖章）

申报日期： 年 月 日

经办机构受理人：

（经办机构盖章）

受理日期： 年 月 日