

# 淮南市工伤医疗（康复）备案申请表

参保地：淮南市

编号:

工伤职工姓名		性别		身份证号			
职工联系电话			工伤部位、诊断结论或职业病名称				
工伤发生时间	年	月	日	是否涉及第三人工伤	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	康复确认结论书编号	
工伤职工现居住地址		省 市 县（区）					
参保单位名称 （建设项目名称）							
申请事项 <input checked="" type="checkbox"/> 选		<input type="checkbox"/> 1. 工伤医疗备案 <input type="checkbox"/> 2. 工伤康复备案					
协议医疗（康复）机构名称							
淮南市 工伤医疗 （康复） 协议机构 意见	伤情（病史）、本次治疗（康复）目的、预估时间等：  科室名称： 医生签字： （协议机构盖章） 年 月 日						
申请人	工伤职工： 单位经办人： （职工近亲属） （参保单位盖章） 申请人电话： 申请时间： 年 月 日						
工伤保险经办机构 审核意见	审核意见：  审核人： （经办机构盖章） 年 月 日						

备注：1. 工伤康复备案前应先经市劳动能力鉴定委员会工伤康复确认；  
2. 申请人为参保单位、工伤职工或职工近亲属之一。