

# 淮南市工伤转诊转院备案申请表

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<br>（建设项目名称）                         |   |   |                 |           |   |           |
| 申请事项 <input checked="" type="checkbox"/> 选 |   | <input type="checkbox"/> 1. 工伤医疗转诊转院备案 <input type="checkbox"/> 2. 工伤康复转诊转院备案 |                 |           |   |           |
| 市外医疗(康复)机构名称                               |   |   |                 |           |   |           |
| 淮南市<br>工伤医疗<br>(康复)<br>协议机构<br>意见          | 伤情（病史）、转诊转院原因、预估时间等：<br><br>科室名称： 医生签字：<br>(协议机构盖章) 年 月 日 |   |                 |           |   |           |
| 申请人  | 工伤职工： 单位经办人：<br>(职工近亲属) (参保单位盖章)<br>申请人电话： 申请时间： 年 月 日    |   |                 |           |   |           |
| 工伤保险<br>经办机构<br>审核意见                       | 审核意见：<br><br>审核人：<br>(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。