

淮南市工伤异地居住就医备案申请表

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							
申请事项 <input checked="" type="checkbox"/> 选		<input type="checkbox"/> 1. 工伤异地居住医疗备案 <input type="checkbox"/> 2. 工伤异地居住康复备案					
居住地医疗(康复)机构名称							
居住地 工伤医疗 (康复) 协议机构 意见	伤情（病史）、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. 工伤康复前应先经淮南市劳动能力鉴定委员会工伤康复确认；
2. 应选择居住地工伤保险协议机构就医，并由该机构签署意见；
3. 申请人为参保单位、工伤职工或职工近亲属之一。