工伤职工医疗备案申请表

参保地：淮南市

<table>
<tr><td>工伤职工姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>身份证号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>职工联系电话</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">参保单位名称
（建设项目名称）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>职工现居住地</td><td colspan="6">省　　市　　县（区）</td></tr>
<tr><td>工伤发生时间</td><td colspan="2">年　　月　　日</td><td colspan="2">工伤认定诊断结论
或职业病名称</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>工伤确认项目</td><td colspan="4">☐旧伤复发 ☐停工留薪期满继续治疗 ☐工伤直接导致疾病</td><td>确认结论书
编 号</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">是否涉及第三人工伤</td><td colspan="2">☐是　☐否</td><td>申请备案类型</td><td colspan="2">☐门诊　☐住院</td></tr>
<tr><td colspan="3">淮南市医疗服务协议机构名称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>淮南市
工伤保险
医疗服务
协议机构
意见</td><td colspan="6">伤情（病史）、本次治疗目的、预估时间等：

科室名称：　　医生签字：
（协议机构盖章）　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>申请人</td><td colspan="6">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</td></tr>
<tr><td>淮南市
工伤保险
经办机构
审核意见</td><td colspan="6">审核意见：

审核人：
审核人员应同时在系统内备案　　（经办机构盖章）　　年　　月　　日</td></tr>
</table>

备注：工伤认定结论作出后仍需继续治疗的，应填写本表，申请工伤医疗备案。申请人为参保单位、工伤职工或职工近亲属之一。