

# 工伤职工异地居住就医备案申请表

参保地：淮南市

工伤职工姓名		性别		身份证号			
职工联系电话			参保单位名称 (建设项目名称)				
职工现居住地	省          市          县(区)						
工伤发生时间	年     月     日		工伤认定诊断结论 或职业病名称				
工伤确认项目	<input type="checkbox"/> 停工留薪期满继续治疗 <input type="checkbox"/> 旧伤复发 <input type="checkbox"/> 工伤直接导致疾病				确认结论书 编    号		
是否涉及第三人工伤		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		异地类型	<input type="checkbox"/> 长期异地居住 <input type="checkbox"/> 常驻异地工作		
居住地工伤保险医疗服务协议机构名称							
居住地 工伤保险 医疗服务 协议机构 意见	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						
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						
淮南市 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  审核人员应查验异地协议机构是否已实现联网结算，并同时在系统内备案。						

**备注：**长期居住在参保地以外、常驻异地工作且有工伤医疗需求的工伤职工，可以填写本表，申请在居住地工伤保险医疗服务协议机构进行治疗。申请人为参保单位、工伤职工或职工近亲属之一。