

工伤职工康复备案申请表

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			
康复确认 结论书编号		康复期限		个月	康复类型	<input type="checkbox"/> 门诊 <input type="checkbox"/> 住院
申请事项	<input type="checkbox"/> 本地工伤康复备案 <input type="checkbox"/> 工伤康复转诊转院备案 <input type="checkbox"/> 异地居住工伤康复备案					
康复服务协议机构名称						
淮南 市 工 伤 保 险 康 复 服 务 协 议 机 构 意 见	伤情（病史）、转诊转院原因等（本栏仅申请工伤康复转诊转院填写）：					
	科室名称： 医生签字： <div style="text-align:right;">（协议机构盖章） 年 月 日</div>					
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： <div style="text-align:right;">审核人员应同时在系统内备案 （经办机构盖章） 年 月 日</div>					

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