

工伤保险协议机构联网结算申报表

协议机构名称：

协议机构编码：

序号	工伤职工姓名	职工身份证号	治疗类别	就诊类型	结算时间	发票总额	住院天数
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
备注							

说明：治疗类别为“工伤医疗”“工伤康复”“辅助器具配置”；就诊类型为“门诊”“住院”“配置”“更换”；协议机构已垫付住院伙食补助费的填写金额并附支付凭证。

协议机构申报人：
(协议机构盖章)

经办机构受理人：
(经办机构盖章)

申报日期： 年 月 日

受理日期： 年 月 日