工伤职工转诊转院/异地居住就医

申请备案表

单位名称（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职工姓名 |  | 身份证号码 | |  | |
| 联系电话 |  | 发生工伤  时间 | |  | |
| 转出医疗机构名称、等级 |  | 转往医疗机构名称、等级 | |  | |
| 异地居住地 |  | | | | |
| 异地就医医院名称、等级 |  | | 是否当地工伤保险协议机构 | |  |
| 转出医疗机构意见 | 医疗机构（章）  年 月 日 | | | | |
| 用人单位意见 | 单位（章）  年 月 日 | | | | |
| 经办机构意见 | 经办机构（章）  年 月 日 | | | | |
| 备注 |  | | | | |

注：1.本表一式二份，用人单位和社保经办机构各留存一份。

2.工伤职工转诊转院申请无需填写：异地居住地，异地就医医院名称、等级，是否当地工伤保险协议机构。

3.工伤职工异地居住就医申请备案无需填写：转出医疗机构名 称、等级，转往医疗机构名称、等级，转出医疗机构意见。