河南省工伤职工异地居住就医申请表

单位名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性  别 | | |  | | 年  龄 | | |  | | 社会保障号 | | |  | | | | | | | |
| 工伤发生  时间 | 年 月 日 | | | | | | | | 工伤认定  时间 | | | | 年 月 日 | | | | 工伤建档  时间 | | | |  | | | |
| 伤残  部位 |  | | | | | | | | | | | | 鉴定  级别 |  | | 在职□  退休□ | | | 工作  状态 | | 在职□ 退休□ | | | |
| 单位  联系人 |  | | 单位  联系  电话 | | | | |  | | | | | 单位  地址 |  | | | | | | | | | | |
| 异地居住  地址 |  | | | | | | | | | | | | 联系  人 |  | | | | | 联系  电话 | |  | | | |
|  | | | |
| 选择异地  医疗机构  情况 | 选择异地定点工伤医疗机构名称 | | | | | | | | | | | 级 别 | | 地址 | | | | | | | 电话 | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | |
| 选择理由： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 选择异地定点工伤医疗机构（印章）  异地社会（医疗）保险机构（印章）  年 月 日 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 用人单位  意见 |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | （印章） | | | |  |
| 经办人: | | | | | | | | | 审批人: | | | | |  |  |  |  | 年 | | | | 月 | 日 |
|  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| 统筹地区  工伤保险  经办机构  意见 | **同意异地选择定点医疗机构治疗工伤，治疗期限到 年 月，治疗工伤所需费用先由用人单位或个人垫付。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | （印章） | | |
|  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  | 审批人： | | | | |  |  |  |  |  | |  |
| 经办人: | | | | | | | |  |  |  |  |  | 年 | | | | 月 | 日 |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |

咨询电话：0391-6636168