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