河南省工伤职工康复治疗申请表

单位名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  | 社会保障号 | |  | | |
| 联系人 |  | 联系电话 |  | | 联系地址 |  | | | | |
| 工伤发生  时间 |  | 伤残等级 |  | 工伤建  档时间 |  | 生活护理依  赖程度 | |  | | |
| 伤残部位  及程度 |  | | 上次医疗终结  时间 | |  | 申请康复治  疗时间 | |  | | |
| 协议医疗  机构意见  (详细填  写病史、  诊断及治  疗经过；  建议康复  的理由和  拟康复治  疗机构的  名称) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | （印章） | |
| 主治医师： | | 科主任： | | | | 年 | | 月 | 日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | （印章） | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 经办人: | | 审批人: | | | | 年 月 日 | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 工伤保险  经办机构  意见 | **经审核，该工伤职工的伤情及申请医疗机构专家会诊意见，符合工伤保险相关规定，同意康复治疗，期限不超过 天，期间符合工伤保险规定的费用由工伤保险基金支付。** | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | （印章） | |
| 经办人: | | 审批人: | | | | 年 | | 月 | 日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 备 注 |  | | | | | | | | | |

咨询电话：0391-6636168