河南省工伤职工旧伤复发就医申请表

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 |  | 工伤认定  时 间 |  | | 工伤建档  时间 |  | 劳动能力  鉴定级别 | |  |  | |
|  |
|  |
| 伤残部位  及程度 |  | | | | | 首诊时间 | 年 月 日 | | | | |
| 鉴定时间 | 年 月 日 | | | | |
| 上次医疗  终结时间 | 年 月 日 | | | | |
| 协议医疗  机构意见  (详细填写  病史、诊  断依据) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | （印章） | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 主治医师： | | 科主任： | | |  | 年 | 月 | | 日 |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| 用人单位  意见 |  |  |  |  |  |  |  | （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，同意旧伤复发治疗，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