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