河南省工伤职工转诊转院治疗申请表

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 | 年 月 日 | | | 工伤认定  时间 | 年 月 日 | | | | 工伤建  档时间 | | | |  | | |
| 伤残部位 |  | | | | | | | | 工伤职  工或家  属签字 | | | |  | | |
| 需转医院 |  | | | | 治疗项目 | | |  | | | | 拟转外治  疗期限 | |  | |
| 协议医疗机  构意见(病  史、诊断和  治疗经过、  专家会诊意  见和转诊原  因) |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | （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，同意转往 就医，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。 | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 出发城市地： | |  |  |  | 转外城市地： | | | | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | （印章） | |  |
| 经办人: |  |  | 审批人： | |  |  |  | |  | 年 | | 月 | 日 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 备 注 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |

咨询电话：0391-6636168