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