河南省工伤职工康复治疗期延长申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称： | |  | | | | 档案编号： | | | | | | |
| 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 |  | 原医疗  期限 | | 年 月 日至  年 月 日 | | | |
| 伤残部位  及程度 |  | | | | | |
| 首诊医院 |  | | | | 原出院情况及诊断 | |  | | | | | |
| 协议医疗  机构意见 | 1.伤情（含职业病）摘要及救治情况： | | | | |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.延长治疗期事由、期限： | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | （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，同意延长原申请项目下治疗期限 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