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