

附表1

广东省工伤保险参保职工转诊转院备案表

姓 名		单位名称		单位社保编号	
工伤认定决定书 文(编)号		联系电话		近亲属姓名及 联系电话	
证件类型	<input type="checkbox"/> 社会保障卡		社会保障号码		
	<input type="checkbox"/> 居民身份证 <input type="checkbox"/> 港澳台居民居住证		证件号码		
	<input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 其他_____				
联系地址					
工伤职工申请 职工或其近亲属签名(按指印) 年 月 日			用人单位申请 用人单位(章) 经办人: 年 月 日		
转出地协议 医疗机构(二级及 以上机构)意见	医 师: _____ 医疗机构(章) 年 月 日				
转入地(参保所在 市以外的转诊接收 地)	_____省 _____市				
经办机构 意见	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意_____				经办机构(章) 经办人: 年 月 日

备注: 1.本表一式二份,经办机构留存一份,用人单位或工伤职工留存一份;

2.本次转院申请限自参保地社会保险经办机构备案之日起60日内有效;

3.本表供工伤职工或用人单位申请登记备案,工伤职工近亲属申请的,另须提供其有效身份证明和与工伤职工关系证明,并填写联系方式;由用人单位申请的,可不填写“工伤职工申请”内容。