工伤职工异地（居住）就医申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本信息 | 工伤人员姓名 |  | 个人代码 |  |
| 公民身份号码 |  |
| 工伤发生日期 |  | 联系电话 |  |
| 用人单位名称 |  |
| 联系人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 申请异地就医原因 | 工伤职工签名： 日期： 年 月 日 |
| 异地医疗机构名称 |  1、\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2、\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3、\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ **（注：仅限选择当地工伤保险或基本医疗保险协议医疗机构）** |
| 用人单位意见 |  用人单位盖章： 日期： 年 月 日 |
| 经办机构意见 |  经办人（签字）： 日期： 年 月 日  （盖章） |

注：1、本表一式两份；

 2、工伤职工需长期（3个月以上）居住在统筹区以外且需要进行工伤治疗的，填写本表；

 3、工伤职工选择地区与其身份证所在地不一致的，应说明理由并提供相关依据。