重庆市工伤职工异地居住就医申请表 表1

单位名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 居民身份号码 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  | 联系地址 |  | | |
| 工伤时间 |  |  | 工伤认定  时间 |  | 工伤认定编号 | |  |
| 伤残部位 |  | | | 诊断内容 |  | | |
| 异地医疗机构情况 | 异地医疗机构名称 | | | 级别 | 地址 | | 电话 |
|  | | |  |  | |  |
| 医疗机构（章） | | | | 居住地工伤保险经办机构（章） | | |
|
|
|
| 年 月 日 | | | | 年 月 日 | | |
| 用人单位意见 | **声明：所填报的信息和提交的材料真实有效，符合相关法律法规，愿意承担相应的法律责任。** | | | | | | |
|
|
| 用人单位（章） | | | | | | |
| 经办人： 年 月 日 | | | | | | |
| 社保经办机构意见 | 经办机构（章）  经办人： 年 月 日 | | | | | | |

备注：异地居住工伤职工经参保地社保经办机构审核同意后，应当选择居住地工伤保险协议机构进行治疗。