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。