重庆市工伤职工异地工伤就医申报表 表2

工作单位：（章） 编号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 受伤部位 |  |
| 性 别 |  | 工伤时间 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 异 地 就 医 医 院 |
| 医院名称（章） |  |
| 医院级别（勾选） | □一级 □ 二级 □ 三级 |
| 联系电话 |  经办人： |
| 邮 编 |  |
| 地 址 |  |
| 就医地工伤 保险经办机构意见 | 经办人：（公章）年 月 日 |

备注：职工在市外遭受事故伤害的，应优先选择事故发生地工伤保险协议机构治疗，并及时向参保地社会保险行政部门提出工伤认定申请，待伤情稳定后转回市内工伤保险协议机构继续治疗。