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。