江苏省工伤职工异地居住就医申请表

单位名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 身份证号码 |  | |
| 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）  年 月 日 | | | | 居住地（外省）工伤保险经办机构（章）  年 月 日 | | | |
| 用人单位意见 | 用人单位（章）  经办人： 年 月 日 | | | | | | | |
| 经办机构意见 | 工伤保险经办机构（章）  经办人： 年 月 日 | | | | | | | |