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 |