|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **工伤职工转诊转院备案表** | | | | | | | |
|  | 单位名称： |  |  |  | 经办人： |  | 联系电话： |  |
|  | 姓名 |  | 工伤时间 |  | 工伤部位 |  | | |
|  | 社会保障号码 |  | | | 伤残等级 | |  | |
|  | 医疗机构意见（伤情简介） | （章）  年 月 日 | | | | | | |
|  |
|  | 申请转入医疗机构名称 |  | | | | | 医院等级 |  |
|  | 单位意见 |  | | | | （章）  年 月 日 | | |
|  | 经办机构意见 |  | | | | （章） | | |
|  | 经办： 审核： | | | | | | |
|  | 年 月 日 年 月 日 | | | | | | |
|  | 备注：1、本表一式两份，申请单位和社保经办机构各存一份； | | | | | |  |  |
|  | 2、备案仅限当次转院，当次报销手续完成后，如因病情需要再次转院，需重新办理备案手续。 | | | | | | | |