|  |  |
| --- | --- |
| 　　 | **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。 |