

广东省职业伤害人员转诊备案表

姓 名	刘小明	平台企业名称	***网络科技有限公司	平台服务机构名称	美*
职业伤害确认结论文书（编）号	【20**】94***号	经办人联系电话	136*****	近亲属姓名及联系电话	137*****
证件类型	☐ 社会保障卡		社会保障号码		
	☒ 居民身份证 ☐ 港澳台居民居住证		证件号码		43312619****01****
	☐ 护照 ☐ 其他				
登记类别	☒ 新增； ☐ 变更		人员类别		☒ 异地居住 ☐ 其他
联系地址	湖南省**市**镇**村**号				
职业伤害人员申请			平台企业/平台服务机构申请		
如个人申请，请如实填写，并签名盖手印。 申请人或其近亲属签名（按指印） 年 月 日			如用人单位申请，请如实填写，并加盖单位章。 平台企业/平台服务机构（章） 最少填写其中一边 年 月 日		
转出地医疗协议机构（我省二级及以上机构）意见	由转出地二级或以上医院填写。空白处医师需填写：同意转院或建议转院，如实填写，不要留空。医师签名、盖章 医 师： 年 月 日				
转入地（省外）	____省 ____市 由转出医疗机构填**省（注：省内无需办理转				
职业伤害待遇核定地社会保险经办机构意见	☐同意 ☐不同意 经办机构（章） 年 月 日				

备注：1.本表适用于职业伤害人员在广东省外就医的情形，在省内治疗职业伤害的，无须办理转诊手续，可在省内任意一家工伤保险医疗（康复、辅助器具配置）服务协议机构进行就医（康复、配置辅助器具），其中康复和配置辅助器具，须按规定经劳动能力鉴定委员会确认同意后方可进行。

2. 职业伤害人员异地就医执行广东省工伤保险诊疗项目目录、药品目录、工伤保险住院服务标准、工伤康复服务项目和支付标准、工伤辅助器具目录和最高支付限额，由待遇核定地社会保险经办机构按规定审核支付。国家出台工伤保险跨省异地就医有关政策后，按国家规定执行。

3.本表供职业伤害人员及其近亲属或平台企业/平台服务机构申请登记备案，工伤职工近亲属申请的，另须提供其有效身份证明和与职业伤害人员关系证明，病填写联系方式；由平台企业/平台服务机构申请的，可不填写“职业伤害人员申请”内容。

4.本次申请限自职业伤害待遇核定地社会保险经办机构同意备案之日起60日内有效。

5.本表一式二份，经办机构留存一份，平台企业/平台服务机构或职业伤害人员留存一份。

社保经办机构填写:

1.经审核后，如符合条件，勾选同意；不符合，勾选不同意。

2. “经办人： ”由社保经办人签名。

3. “经办机构（章）”：由经办机构盖章确认审核意见。