|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 广东省工伤保险参保职工转诊转院备案表 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | 单位名称 |  | | | 单位社保编号 | |  |
| 工伤认定决定书 文（编）号 |  | 联系电话 |  | | | 近亲属姓名及联系电话 | |  |
| 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 | | |  | |
| □护照 □其他 | | |  | |
| 联系地址 |  | | | | | | | |
| **工伤职工申请** | | | | | **用人单位申请** | | | |
|  | | | |
|  |  | | | |
| 职工或其近亲属签名（按指印） | | | | 用人单位（章） | | | |
| 年 月 日 | | | | 经办人： 年 月 日 | | | |
| 转出地协议  医疗机构（二级及以上机构）意见 |  | | | | | | | |
| 医疗机构（章） | | | | | | | |
| 医 师： 年 月 日 | | | | | | | |
| 转入地（参保所在市以外的转诊接收地） | 省 市 | | | | | | | |
| 经办机构 意见 | □同意 □不同意 | | | | | | | |
| 经办机构（章） | | | | | | | |
| 经办人： 年 月 日 | | | | | | | |
| 备注：1.本表一式二份，经办机构留存一份，用人单位或工伤职工留存一份；  2.本次转院申请限自参保地社会保险经办机构备案之日起60日内有效；  3.本表供工伤职工或用人单位申请登记备案，工伤职工近亲属申请的，另须提供其有效身份证明和与工伤职工关系证明，并填写联系方式；由用人单位申请的，可不填写“工伤职工申请”内容。 | | | | | | | | |