

广东省工伤保险异地配置辅助器具备案表

编号：

|                   |                                                                                                                                                |                                                                                                                |                    |                        |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------|
| 工伤职工<br>基本信息      | 姓名                                                                                                                                             | xxx                                                                                                            | 性别                 | x                      |
|                   | 公民身份号码                                                                                                                                         | xxxxxxxxxxxxxxxxxx                                                                                             | 受伤部位               | xxxxxxxx               |
|                   | 认定工伤决定书<br>文（编）号                                                                                                                               | xxxxxxxx                                                                                                       | 辅助器具配置结论<br>书文（编）号 | xxxxxxxx               |
|                   | 配置费用核付通<br>知单文（编）号                                                                                                                             | xxxxxxxx                                                                                                       | 联系电话               | xxxxxxxxxx             |
|                   | 联系地址                                                                                                                                           | xx省xx市xxxxxx                                                                                                   |                    |                        |
| 备案信息              | 备案类别                                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 变更                                             |                    |                        |
|                   | 人员类别                                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> 异地长期居住人员 <input type="checkbox"/> 常驻异地工作人员 <input type="checkbox"/> 转诊转院人员 |                    |                        |
| 申请人<br>基本信息       | <input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 工伤职工近亲属 <input type="checkbox"/> 用人单位                                          |                                                                                                                |                    |                        |
|                   | 近亲属姓名                                                                                                                                          | xxx                                                                                                            | 近亲属公民身份<br>号码      | xxxxxxxxxxxxxx<br>xxxx |
|                   | 近亲属联系方式                                                                                                                                        | xxxxxxxxxx                                                                                                     |                    |                        |
|                   | 用人单位名称                                                                                                                                         |                                                                                                                | 用人单位社会统一<br>信用代码   |                        |
|                   | 用人单位联系人                                                                                                                                        |                                                                                                                | 用人单位联系方式           |                        |
|                   | 申请人：xxx<br>（指印/章）<br>xxxx年xx月xx日                                                                                                               |                                                                                                                |                    |                        |
| 辅助器具<br>基本信息      | 辅助器具名称                                                                                                                                         | xxxxxxxx                                                                                                       |                    |                        |
|                   | 最低使用年限                                                                                                                                         | xxxx                                                                                                           | 最高支付限额             | xxxx                   |
| 就医地               | xxxx省（自治区、直辖市）xxxx市（县、区）                                                                                                                       |                                                                                                                |                    |                        |
| 参保地<br>经办机构<br>意见 | <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意_____（理由）<br><br>备案有效期：_____年___月___日至_____年___月___日<br><br>（经办机构盖章）<br>经办人：_____年 月 日 |                                                                                                                |                    |                        |

备注：1.本表一式二份，经办机构留存一份，申请人留存一份；  
2.本表供工伤职工及其近亲属、用人单位申请备案使用，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的关系佐证材料，工伤职工委托他人申请的，另须提供授权委托书；  
3.转诊转院工伤职工另须提供参保地规定的协议机构转诊转院意见；  
4.异地长期居住工伤职工，居住地为户籍所在地的另须提供户籍相关材料、居住地为非户籍所在地的须提供居住证、村（居）委会证明等长期居住佐证材料；  
5.常驻异地工作工伤职工，另须提供常驻异地工作的佐证材料（参保地工作单位派出证明、异地工作单位证明、劳动合同等）；  
6.需要配置多项辅助器具的，分别填写辅助器具名称、最低使用年限和最高支付限额。