# 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** | 职工或其近亲属签名（按指印）年 月 日 | **用人单位申请**经办人： | 用人单位（章） 年 月 日 |
| 转出地协议医疗机构（二级及以上机构）意见 | 医 师： | 医疗机构（章） 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 经办人： | 经办机构（章） 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。