# 广东省工伤保险参保职工转诊转院备案表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | XXX | 单位名称 | XXXX公司 | | | 单位社保编号 | | XXXXXX | |
| 工伤认定决定书  文（编）号 | XXX | 联系电话 | 1XXXXXXXXXX | | | 近亲属姓名及  联系电话 | | XXX,1XXXXXXXXXX | |
| 证件类型 | □社会保障卡 | | | 社会保障号码 | | | XXXXXXXXXXXXXXXXXX | | |
| □居民身份证□港澳台居民居住证 | | | 证件号码 | | | XXXXXXXXXXXXXXXXXX | | |
| □护照 □其他 | | | XXXXXXXXXXXXXXXXXX | | |
| 联系地址 | XX省XX市XX区（县、市）XX路XX号 | | | | | | | | |
| **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） | XX省XX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。