|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 深圳市工伤保险参保职工转诊转院申请表 | | | | | |
| 工伤事故编号： | | | | | |
| 单位名称： 单位编号： | | | | | |
| 姓 名 |  | 公民身份号码 |  | 工伤时间 |  |
| 联系电话 |  | 联系地址 |  | | |
| 工伤职工 本人申请 |  | | | | |
| 本人签字： 年 月 日 | | | | |
| 用人单位意见 |  | | | | |
| 用人单位（章） | | | | |
| 经办人： 年 月 日 | | | | |
| 转出地协议医疗机构（限市三级协议机构）意见 |  | | | | |
| 医疗机构（章） | | | | |
| 医师： 年 月 日 | | | | |
| 转入地（转诊接收地） | 省 市 | | | | |
|
| 经办机构 意见 | □同意 □不同意 | | | | |
| 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当次**60日**内有效。 | | | | | |