附件 1

四川省工伤职工长期门诊治疗申请表

单位名称：

姓　名		性别		出生日期	
社会保障号码				联系电话	
工伤发生时间				工伤认定时间	
工伤认定编号				工伤职工类别	
伤害部位及程度（长期病种）					
家庭住址					
治疗期限	年　月　日至　年　月　日				

工伤保险协议医疗机构意见（详细填写病史、诊断依据及治疗期限）

主治医师：　　科主任：　　年　月　日

医院医保办审批意见（签章）：

经办人：　　年　月　日

本人承诺：

签名：　　年　月　日

社会保险经办机构审批意见（签章）：

经办人：　　年　月　日

备注：1.工伤职工类别填写在职、退休或老工伤。

2.本表由协议医疗机构填写，以电子表格形式录入工伤保险联网结算系统，书面表格留存备查。