

附件 3

四川省工伤职工异地就医申请表

姓名		身份证号码		联系电话	
工伤事故发生时间		异地居住地址	省 市 县		
工伤职工本人申请	申请人： 年 月 日				
用人单位意见	用人单位（公章） 单位经办人： 年 月 日				
社保经办机构意见	经办机构（章）				
	经办人： 年 月 日				

注：异地居住工伤职工经参保地社保经办机构审核同意后，应当选择居住地工伤保险协议机构进行治疗。