

附件 4

四川省工伤保险医疗（康复）待遇申请表

单位名称：（公章）

单位：元

姓名		身份证 号码				工伤事 故发生 时间	
救治医院		伤残等级		护理等级		是否旧 伤复发	
受伤部位							
门诊时间（起）		门诊时间 （止）		门诊费用 合计		门诊发 票张数	
住院时间		出院时间		住院费用 合计		住院发 票张数	
发放方式	单位 ☐ 个人 ☐						

用人单位经办人（联系电话）：

填表日期：