附件2

工伤保险省内异地配置辅助器具直接结算

备案表

编号：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人  基本信息 | 姓名 |  | 性别 |  |
| 居民身份证号码 |  | 受伤部位 |  |
| 认定工伤决定书  文（编）号 |  | 辅助器具配置结论书文（编）号 |  |
| 配置费用核付通  知单文（编）号 |  | 联系电话 |  |
| 联系地址 |  | | |
| 备案信息 | 备案类别 | □新增 □变更 | | |
| 人员类别 | □异地紧急就医人员 □ 异地转诊转院就医人员 □异地长期居住（工作）就医人员 | | |
| 代为  申请人  基本信息 | □本人□工伤职工近亲属□用人单位 | | | |
| 近亲属姓名 |  | 近亲属居民身份证  号码 |  |
| 近亲属联系电话 |  | | |
| 用人单位名称 |  | 用人单位统一社会信用代码 |  |
| 用人单位联系人 |  | 用人单位联系方式 |  |
| 代为申请人： 年 月 日 | | | |
| 辅助器具基本信息 | 辅助器具名称 |  | | |
| 最低使用年限 |  | 最高支付限额 |  |
| 就医地 | 市（州） 县（市、区） | | | |
| 参保地  经办机构意见 | |  |  | | --- | --- | | □同意 | □不同意 （不同意理由） |   备案有效期： 年 月 日至 年 月 日  （经办机构盖章）  经办人： 年 月 日 | | | |

备注：1．本表一式二份，经办机构留存一份，申请人留存一份；

2．本表供工伤职工及其近亲属、用人单位申请备案使用，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的关系佐证材料，工伤职工委托他人申请的，另须提供授权委托书；

3．转诊转院工伤职工另须提供参保地规定的协议机构转诊转院意见；

4．异地长期居住工伤职工，居住地为户籍所在地的另须提供户籍相关材料、居住地为非户籍所在地的须提供居住证、村（居）委会证明等长期居住佐证材料；

5．常驻异地工作工伤职工，另须提供常驻异地工作的佐证材料（参保地工作单位派出证明、异地工作单位证明、劳动合同等）；

6．需要配置多项辅助器具的，分别填写辅助器具名称、最低使用年限和最高支付限额。