附件9

河南省工伤保险诊疗项目评定表

申报机构名称: （盖章） 编号：

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 项目（医保）编码 |  |
| 申请理由： |
| 专家意见：  签名： |
| 社会保险行政部门意见：    （盖章）  年 月 日  |