附件14

职业伤害保障跨省异地就医（康复）直接结算备案表

 编号：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 新就业形态人员基本信息 | 姓名 |  | 性别 |  |
| 公民身份号码 |  | 受伤部位 |  |
| 认定职业伤害决定书文（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 | □异地长期居住就医人员 □异地长期居住康复人员 □异地转诊转院就医人员 □异地转诊转院康复人员 |
| 申请人基本信息 | □本人 □职业伤害人员近亲属  | 近亲属姓名 |  |
| 近亲属公民身份号码 |  | 联系方式 |  |
|  申请人： （指印） 年 月 日 |
| 就医地 |  省（自治区、直辖市） 市（县、区） |
| 职业伤害确认所在区经办机构意见 | □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.本表供职业伤害人员及其近亲属申请备案使用，职业伤害人员近亲属申请的，另须提供其有效身份证件和与职业伤害人员的关系佐证材料，职业伤害人员委托他人申请的，另须提供授权委托书；

3.转诊转院职业伤害人员另须提供参保地规定的协议机构转诊转院意见；

4.异地长期居住职业伤害人员，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。