附件15

北京市职业伤害保障跨省异地就医备案表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 职业伤害人员基本信息 | 姓名 |  | 性别 |  |
| 公民身份号码 |  | 受伤部位 |  |
| 认定职业伤害决定书（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 | □异地转诊转院（就医）人员 □异地长期居住（就医）人员 □常驻异地工作（就医）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 |  |
| 承诺事项：本人申请办理职业伤害保障跨省异地就医备案业务，保证符合此业务办理条件，所述信息真实、准确、完整、有效，愿意接受信息共享查询核验，由此产生的一切经济损失和法律责任均由本人承担。 申请人： （指印或公章） 年 月 日 |
| 就医地 |  省（自治区、直辖市） 市（县、区） |
| 工伤保险协议机构 | 名称 | 地址 | 级别 | 联系电话 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 职业伤害确认所在区经办机构意见 |   经办机构 （章）申请人确认： 经办人： 年 月 日 |

编号：

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，另须提供职业伤害人员本人、近亲属有效身份证件复印件和授权委托书；

3.转诊转院职业伤害人员可根据转诊证明选择工伤保险协议机构或基本医疗保险定点医疗机构。