成都市工伤人员住院治疗备案申请表

|  |
| --- |
|  NO: |
| 单位编码 |  | 单位名称 |  |
| 个人编码 |  | 姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 | 　 |
| 受伤部位 |  | 工伤发生时间 |  | 伤残等级 |  |
| 工伤就医类别 |  | 是否长期医疗依赖人员 |  | 工伤人员类别 |  |
| 医院机构名称 |  |
| 长期医疗依赖人员月费用限额 |  | 允许办理入院手续时间 |  |
| 简要伤情及住院治疗医疗诊断： |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
| 本人签名：年 月 | 工伤职工单位意见： （公章） 年 月 日 | 工伤生育处审核意见： 年 月 日 |
|
|
|
|
| 备注 ： 1、工伤人员类别指老工伤人员、破产企业人员、正常参保人员、退休后新增职业病人员 2、工伤就医类别：旧伤复发住院、康复治疗住院、初次发生工伤住院 |
|
|