附件2

山东省工伤保险异地配置辅助器具直接结算备案表

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 工伤职工基本信息 | 姓名 |  | | | | 性别 | | | |  |
| 公民身份号码 |  | | | | 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 | | 备案区域 | | | | □省内 □省外 | | |
| 人员类别 | □异地长期居住人员□常驻异地工作人员□转诊转院人员 | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | 近亲属公民身份  号码 | | | |  |
| 近亲属联系方式 |  | | | | | | | | |
| 用人单位名称 |  | | | | 用人单位社会统一信用代码 | | | |  |
| 用人单位联系人 |  | | | 用人单位联系方式 | | | |  | |
| 申请人：  （指印/章）  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 | 省（自治区、直辖市） 市（县、区） | | | | | | | | | |
| 参保地  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. 省外长期居住工伤职工，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.常驻省外工作工伤职工，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）。