**青岛市工伤职工异地转诊审批表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职工编号 |  | 姓　名 |  | 性 别 |  | 年龄 |  |
| 工作单位 |  | | | | | | |
| 转出医院 |  | | | 转入医院 |  | | |
| 联系人 |  | | | 联系电话 |  | | |
|  |  | | |  |  | | |
| 病历摘要及转诊理由：  建议交通工具：  主治医师签名： 年 月 日 | | | | | | | |
| 科主任意见：  科主任签名： 年 月 日 | | | | | | | |
| 医院医保办审核意见：  医保办负责人签名：  医疗保险办公室（章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 工伤保险经办机构审核意见：  核准交通工具：  工伤保险经办机构（章）  年 月 日 | | | | | | | |

注：本表一式三份，用人单位、工伤职工、社会保险经办机构各一份。请务用A4纸打印。