**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。