**北京市工伤职工异地就医申报备案表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 年龄 |  | | | 工伤证号 | |  | |
| 身份证号码 | |  | | | | | | | | | | |
| 本市地址 | |  | | | 联系人 | | |  | | 联系电话 | |  |
| 居外通讯  地址 | |  | | | | | | | | | | |
| 居外联系人 | |  | | 联系电话 | | |  | | | 居外邮编 | |  |
| 异地定点医院 | | | | 医院级别 | | | 地址 | | | | | 邮编 |
|  | | | |  | | |  | | | | |  |
| 异地医保部门意见：  经办人签字： 盖章 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 本人申请：    本人签字： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 本人单位意见：  经办人签字： 盖章 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 区、县社会保险行政部门意见：  经办人签字： 盖章 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |

注：1、此表由用人单位到区、县医保经办机构办理工伤医疗费用审核。

2、此表一式两份，一份用于区、县社会保险行政部门备案留存，一份用于工伤职工工伤医疗费用报销。