附件2

宁夏回族自治区工伤职工长期就医备案表

单位名称：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 | |  |
| 身份证号码 |  | | | 联系电话 | |  |
| 工伤时间 |  | | | 工伤认定时间 | |  |
| 工伤认定编号 |  | | | 工伤职工类别 | |  |
| 伤害部位及程度（长期病种） |  | | | | | |
| 家庭住址 |  | | | | | |
| 治疗期限 | 年 月 日至 年 月 日 | | | | | |
| 协议医疗机构意见（详细填写病史、诊断依据及治疗期限） | | | | | | |
|
| 主治医师： 科主任： | | | | | 年 月 日 | |
| 医院医保办审批意见（签章）：    经办人： 年 月 日 | | | | | | |
| 本人承诺：情况属实。      签名： 年 月 日 | | | | | | |
| 备注：1.工伤职工类别填写在职、退休或老工伤。2.本表由医疗机构以电子表格形式录入工伤保险即时结算系统，书面表格留存备查。 | | | | | | |