附件3

宁夏回族自治区工伤职工区外异地就医备案表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称： | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 出生日期 |  |
| 身份证号码 |  | | | | 联系电话 |  |
| 工伤部位 |  | | | | 工伤时间 |  |
| 工伤认定时间 |  | | | 工伤认定编号 | |  |
| 现居住地址 |  | | | | | |
| 异地居住地址 |  | | | | | |
| 异地医疗机构名称 |  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| 本人承诺：情况属实。    签名： 年 月 日 | | | | | | |
| 经办机构意见 | 经办机构（章）    经办人： 年 月 日 | | | | | |

备注：一式二联 ①经办机构留存 ②本人留存