附件1

**重新核定工伤保险费率申请表**

组织机构代码

单位名称（章）

|  |  |
| --- | --- |
| 《工伤保险费率浮动告知书》编号 |  |
| 《告知书》中有疑义的项目 | 1（），2（），3（），4（），5（），6（），7（），8（），9（），10（），11（），12（），13（），14（），15（） |
| 用人单位的说明及提供的相关材料 |  |
| 社会保险经办机构受理情况 | 是（）；否（） |
| 社会保险经办机构复核意见 | 审核人（章）复核人（章）经办机构（章）年 月 日 |

附件2

|  |
| --- |
| **工伤职工异地居住就医申请表** |
| 单位名称： |  |  |  |  |  |  |
| 姓名 | 　 | 性别 | 　 | 年龄 | 　 | 公民身份号码 | 　 |
| 联系电话 | 　 　 | 联系地址 | 　 |
| 工伤 时间 | 　 | 　 | 工伤认定 时间 | 　 | 工伤认定编号 | 　 |
| 伤残 部位 | 　 | 诊断内容 | 　 |
| 异地医疗机构情况 | 异地医疗机构名称 | 级别 | 地址 | 电话 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 居住地工伤保险经办机构（章） |
|   年 月 日 |
| 经办机构意见 |  经办机构（章） |
|
|
|  经办人： 年 月 日 |

|  |
| --- |
| 附件3**工伤职工转诊转院申请表** |
| 单位名称： |
| 姓 名 | 　 | 公民身份号码 | 　 | 性别 | 　 |
| 工伤时间 | 　 | 伤残部位 | 　 | 年龄 | 　 |
| 联系电话 | 　 | 联系地址 | 　 | 工伤认定书编号 | 　 |
| 工伤职工本人申请 |  |  |  |  |  |  |  | 　 |
|  |  |  |  |  |  |  | 　 |
| 　 | 　 | 本人签字 | 　 | 　 | 年 月 日 |
| 协议医疗机构 意见 | 　 |
|  |
|  医疗机构（章） |
| 　 | 　 | 医师 | 　 | 　 | 年 月 日 |
| 经办机构意见 |  |
|  |
|  |
|  经办机构（章） |
| 　 | 　 | 经办人： | 　 | 　 | 年 月 日 |
| 备 注 |  |
|
|

附件4

|  |
| --- |
| **工伤职工配置（更换）辅助器具申请表** |
| 单位名称： |  |  |  |  |  |
| 姓 名 | 　 | 公民身份号码 | 　 |
| 性 别 | 　 | 年 龄 | 　 |
| 工伤时间 | 　 | 伤残部位 | 　 |
| 联系电话 | 　 | 联系地址 | 　 |
| 配置辅助器具项目 | 　 | 配置类型 | 首次□ 更换□ |
| 配置机构名称 | 　 | 上次配置时间 | 　 |
| 工伤职工申请 | 　 |
| 　 |
| 　 |
| 　 |
| 　 |
|  本人签字：  |
|  年 月 日 |
| 劳动能力鉴定委员会意见 | 　 |
| 　 |
| 　 |
| 　 |
|  劳动能力鉴定委员会（章） |
|  经办人：  |
|  年 月 日 |
| 经办机构意见 | 　 |
| 　 |
| 　 |
| 　 |
|  经办机构（章） |
|  经办人：  |
|  年 月 日 |