

广东省工伤保险异地配置辅助器具备案表

编号：

工伤职工基本 息	姓名		性别			
	公民身份号码		受伤部位			
	认定工伤决定书 文(编)号		辅助器具配置结论 书文(编)号			
	配置费用核付通 知单文(编)号		联系电话			
	联系地址					
备案信息	备案类别	<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 变更				
	人员类别	<input type="checkbox"/> 异地长期居住人员 <input type="checkbox"/> 常驻异地工作人员 <input type="checkbox"/> 转诊转院人员 <input type="checkbox"/> 参保地不能提供				
申请人 基本信息	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 工伤职工近亲属 <input type="checkbox"/> 用人单位					
	近亲属姓名		近亲属公民身份 号码			
	近亲属联系方式					
	用人单位名称		用人单位社会统一 用代码			
	用人单位联系人		用人单位联系方式			
	申请人：		(指印/章)		年 月 日	
辅助器具基本 信息	1.辅助器具 名称		最低使用 年限		最高支付 限额	
	2.辅助器具 名称		最低使用 年限		最高支付 限额	
	3.辅助器具 名称		最低使用 年限		最高支付 限额	
就医地	_____省(自治区、直辖市) _____市(县、区)					
转出地协议机 构意见(仅转诊 转院人员提供)	医师：				医疗机构(章) 年 月 日	
参保地 经办机构意见	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意_____ (理由) 备案有效期：__年__月__日至__年__月__日 (经办机构盖章) 经办人：_____ 年 月 日					

备注：

- 1.本表一式二份，经办机构留存一份，申请人留存一份；
- 2.本表供工伤职工(含职业伤害人员，下同)及其近亲属、用人单位申请备案使用，工伤职工近亲属申请的，另须提供其有效身份证明和与工伤职工的关系佐证材料，工伤职工委托他人申请的，另须提供授权委托书；
- 3.转诊转院人员须提供参保地所在的二级及以上协议机构转诊转院意见，职业伤害人员须提供省内二级及以上协议机构转诊转院意见；
- 4.异地长期居住工伤职工，居住地为户籍所在地的另须提供户籍相关材料、居住地为非户籍所在地的须提供居住证、村(居)委会证明等长期居住佐证材料；
- 5.常驻异地工作工伤职工，另须提供常驻异地工作的佐证材料(参保地工作单位派出证明、异地工作单位证明、劳动合同等)；
- 6.需要配置多项辅助器具的，分别填写辅助器具名称、最低使用年限和最高支付限额。