附件5

|  |
| --- |
| 工伤职工转外就医备案表 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 职工姓名 |  | 社会保障号码(身份证号码) |  | 联系电话 |  |
| 单位名称 |  | 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 医疗诊断 |  |
| 转诊时间 | 年 月 日 |
| 转往地区 |  | 转入地医疗机构名称 |  |
| 申请人(经办人) | 签名： 年 月 日 |
| 职工伤情摘要 | 医师签名： 年 月 日 |
| 定点医疗机构意见 |  印章： 年 月 日 |

说明：1.此表一份四份，工伤职工、用人单位、定点医疗机构、社保经办机构各存一份。

2.工伤职工转外就医发生的医疗费，其“三个目录”按照宁波市工伤保险有关规定执行。