附件1

山东省工伤保险异地就医（康复）

直接结算备案表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 工伤职工基本信息 | 姓名 |  | 性别 |  |
| 公民身份号码 |  | 受伤部位 |  |
| 认定工伤决定书文（编）号 |  | 联系电话 |  |
| 联系地址 |  |
| 备案信息 | 备案类别 | □新增 □变更 | 备案区域 | □省内 □省外 |
| 人员类别 | □异地长期居住就医人员 □异地长期居住康复人员 □常驻异地工作就医人员 □常驻异地工作康复人员□异地转诊转院就医人员 □异地转诊转院康复人员 |
| 申请人基本信息 | □本人 □工伤职工近亲属  | 近亲属姓名 |  |
| 近亲属公民身份号码 |  | 联系方式 |  |
|  申请人： （指印） 年 月 日 |
| 就医地 |  省（自治区、直辖市） 市（县、区） |
| 参保地经办机构意见 | □同意 □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 |

编号：

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.本表供工伤职工及其近亲属申请备案使用，工伤职工近亲属申请的，另须提供其有效身份证件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.转诊转院工伤职工另须提供参保地规定的协议机构转诊转院意见。

4.省外长期居住工伤职工，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.常驻省外工作工伤职工，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）。

附件2

山东省工伤保险异地配置辅助器具

直接结算备案表

编号：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 工伤职工基本信息 | 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 | □新增 □变更 | 备案区域 | □省内 □省外 |
| 人员类别 |  □异地长期居住人员□常驻异地工作人员□转诊转院人员 |
| 申请人基本信息 | □本人 □工伤职工近亲属 □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 |  | 用人单位社会统一信用代码 |  |
| 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 | 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） |
| 参保地经办机构意见 | □同意 □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.转诊转院工伤职工另须提供参保地规定的协议机构转诊转院意见。

4.省外长期居住工伤职工，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.常驻省外工作工伤职工，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）。

附件3

 市工伤保险省内异地就医应收费用清算表

制表单位： 清算所属季度：XXXX年第X季度 单位：元（保留两位小数）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保地 | 合计 | 住院（门诊）医疗 | 住院（门诊）康复 | 辅助器具配置 |
| 济南 |  |  |  |  |
| 青岛 |  |  |  |  |
| 烟台 |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |  |

负责人： 审核人： 制表人： 制表日期：

附件4

 市工伤保险省内异地就医应付费用清算表

制表单位： 清算所属季度：XXXX年第X季度 单位：元（保留两位小数）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 就医地 | 合计 | 住院（门诊）医疗 | 住院（门诊）康复 | 辅助器具配置 |
| 济南 |  |  |  |  |
| 青岛 |  |  |  |  |
| 烟台 |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |  |

负责人： 审核人： 制表人： 制表日期：

附件5

 市工伤保险跨省异地就医应收费用清算表

制表单位： 清算所属季度：XXXX年第X季度 单位：元（保留两位小数）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保地 | 合计 | 住院（门诊）医疗 | 住院（门诊）康复 | 辅助器具配置 |
| 北京 |  |  |  |  |
| 天津 |  |  |  |  |
| 河北 |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |  |

负责人： 审核人： 制表人： 制表日期：

附件6

 市工伤保险跨省异地就医应付费用清算表

制表单位： 清算所属季度：XXXX年第X季度 单位：元（保留两位小数）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 就医地 | 合计 | 住院（门诊）医疗 | 住院（门诊）康复 | 辅助器具配置 |
| 北京 |  |  |  |  |
| 天津 |  |  |  |  |
| 河北 |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |  |

负责人： 审核人： 制表人： 制表日期：

附件7

山东省工伤保险省内异地就医费用清算表

|  |
| --- |
| 制表单位： 清算所属季度：XXXX年第X季度 单位：元（保留两位小数） |
| 地 区 | 参保地 |
| 济南 | 青岛 | 淄博 | 枣庄 | 东营 | 烟台 | 潍坊 | 济宁 | 泰安 | 威海 | 日照 | 临沂 | 德州 | 聊城 | 滨州 | 菏泽 | 省本级 | 合计 |
| 就医地 | 济南 | —— |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 青岛 |  | —— |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 淄博 |  |  | —— |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 枣庄 |  |  |  | —— |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 东营 |  |  |  |  | —— |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 烟台 |  |  |  |  |  | —— |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 潍坊 |  |  |  |  |  |  | —— |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 济宁 |  |  |  |  |  |  |  | —— |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 泰安 |  |  |  |  |  |  |  |  | —— |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 威海 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | —— |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 日照 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | —— |  |  |  |  |  |  |  |
| 临沂 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | —— |  |  |  |  |  |  |
| 德州 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | —— |  |  |  |  |  |
| 聊城 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | —— |  |  |  |  |
| 滨州 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | —— |  |  |  |
| 菏泽 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | —— |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

负责人： 审核人： 制表人： 制表日期：



