淮北市工伤保险工伤医疗费拨付审批表

单位名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 发生工伤  时间 | |  | | | 是否旧伤复发 | |  |
| 医院名称 |  | | | 身份证  号码 | |  | | | | | |
| 门诊或入院日期 |  | 出院日期 |  | | | 住院或  治疗天数 | | |  | | |
| 住院伙食  补助费 |  | 外地就医交通费 |  | | | 外地就医  食宿费 | | |  | | |
| 医疗费 |  | | | 费用总计 | |  | | | | | |
| 拨付方向 | （单位/个人） | | | 联系方式 | |  | | | | | |
| 以下各项由工伤保险经办机构审核填写 | | | | | | | | | | | |
| 审减项目金额： | | | | | | | | | | | |
| 医疗费 |  | 住院伙食补助费 |  | | 外地就医交通费 | |  | 外地就医食宿费 | |  | |
| 核准金额总计 | |  | | | | | | | | | |
| 核批拨付金额（大写）： | | | | | | | | | | | |
| 审核人： 核批人：  公 章：  日 期： 日 期： | | | | | | | | | | | |

说明：本表一式两份，工伤职工单位或协议医疗机构和工伤保险经办机构各一份。