# 市外转诊转院申请确认

业务办事指南

### 办理对象

因工作遭受事故伤害或者患职业病的\*\*市（区）工伤保险参保职工。

### 办理条件

参保职工发生工伤事故需要到地级以上市以外门诊治疗、康复及住院治疗、康复的，由所在地工伤保险医疗（康复）服务协议机构提出，并填写《广东省工伤保险参保职工转诊转院申请表》，报参保地的社会保险经办机构批准后转诊转院。参保工伤职工应当自批准之日起60日内完成转诊转院手续。

### 基本流程

（一）申请：参保单位或领取工伤保险待遇人员带齐相关资料和填好的表格到我局（中心）业务前台。

（二）受理：窗口受理人员接收申报资料后，当场核验申报材料的真实性和完整性，对符合条件的，出具《受理回执》；不符合条件的，不予受理。

（三）审核：后台工作人员对申请资料进行审查。如果发现前台受理的资料不完整或不真实的应及时退回前台通知补正资料，待资料补充完整真实后再重新启动业务审理程序。

（四）办结结果：办结后在申报表格上加盖经办机构公章。

### 所需材料

1、按要求填写的《广东省工伤保险参保职工转诊转院申请表》；

2、工伤职工有效身份证明；

3、委托办理：授权委托书、受托人有效身份证明及联系方式。

### 表格下载

《广东省工伤保险参保职工转诊转院申请表》

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 广东省工伤保险参保职工转诊转院申请表 | | | | | |
| 单位名称： 单位社保编号： | | | | | |
| 姓 名 |  | 证件类型 | □居民身份证； □其他 | 身份证件号码 |  |
| 工伤认定决定书  文（编）号 |  | 联系电话 |  | 近亲属姓名及联系电话 |  |
| 联系地址 |  | | | | |
| 工伤职工 本人申请 |  | | | | |
| 职工或其近亲属签名（按指印）： 年 月 日 | | | | |
| 用人单位  意见 |  | | | | |
| 用人单位（章） | | | | |
| 经办人： 年 月 日 | | | | |
| 转出地协议  医疗机构意见 |  | | | | |
| 医疗机构（章） | | | | |
| 医 师： 年 月 日 | | | | |
| 转入地（参保所在市以外的转诊接收地） | 省 市 | | | | |
|
| 经办机构 意见 | □同意 □不同意 | | | | |
| 经办机构（章） | | | | |
| 经办人： 年 月 日 | | | | |
| 备注：1.本表适用于工伤职工到参保地级以上市以外的医疗机构进行异地就医或康复的情形；  2.本表一式二份，经办机构留存一份，用人单位或工伤职工留存一份；  3.本次转院申请限自参保地社会保险经办机构备案之日起60日内有效；  4.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关系证明，并填写联系方式。 | | | | | |