

四川省工伤职工异地居住就医申请表

姓名		身份证号码		联系电话	
工伤事故发生时间		异地居住地址	省 市 县		
拟就医的医疗机构	① ② ③				
工伤职工本人申请	申请人： 年 月 日				
用人单位意见	用人单位（公章） 单位经办人： 年 月 日				

注：异地居住工伤职工请选择居住地三家工伤保险协议医疗机构进行治疗。