附件2

工伤保险省内异地配置辅助器具直接结算备案表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 工伤职工基本信息 | 姓名 |  | 性别 |  |
| 身份证号码 |  | 工伤部位 |  |
| 工作单位 |  | 联系电话 |  |
| 以下由参保地经办机构填写 |
| 登记类别 | □新增 □变更 |
| 人员类别 | □异地配置人员 □异地长期居住人员 □常驻异地工作人员 |
| 配置类别 | □首次配置□更换维修 | 上次配置（更换）时间： 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 |  市（县、区） 协议机构（名称）： |
| 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（业务章） 经办人： 复核人： 年 月 日 |

备注：

1.本表供工伤职工申请备案使用，首次配置或配置项目有变化的，另须提供工伤认定决定书原件、劳动能力鉴定表原件；

2.省内异地配置工伤职工应选定1家协议机构进行配置；超出最高支付限额的，工伤保险基金不予支付。

3.异地长期居住工伤职工，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或居住证明。

4.驻异地工作工伤职工，须提供参保地工作单位派出证明或异地工作单位证明或劳动合同。