|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **吉林省工伤康复申请表** | | | |
| 职工  姓名 |  | 身份  证号 |  |
| 工伤  时间 |  | 工伤  部位 |  |
| 工伤  保险  协议  机构  意见 | 临床指征： | | |
| 康复方案： | | |
| 康复类别： □门诊康复 □住院康复 | | |
| 康复时限： 天 | | |
| 主治医师（签章）：  年 月 日 | | 协议机构工伤管理部门意见（盖章） |
| 社保局  审核  意见 | 经审核，同意到工伤康复协议机构：  参照康复方案进行康复治疗，有效期自 年 月 日至　 年  月 　日，超期继续康复的，需重新申请。 | | |
|  | | |
| 初审： | | |
| 复核： | | |
| （业务章） 年 月 日 | | |
| 办理须知： | | | |
| 1.所需材料：工伤认定书原件和复印件。 | | | |
| 2.超工伤部位和有效期限及政策规定范围支出的，工伤保险基金不予支付。  3.此表一式二份，工伤职工、社保局各一份。 | | | |