附件：

聊城市工伤事故告知书

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | |  | | 工伤职工姓名 | | |  |
| 性 别 | |  | 社会保障号码 | |  | | |
| 工伤类别 | | □工伤事故 □职业病□其他 | | | | | |
| 事故时间 | |  | | 就医医院 | |  | |
| 告知  情况 | 兹证明我单位职工 系 原因受伤，在你院救治，请予工伤就医登记，按工伤类别管理。  用人单位（章）  年 月 日 | | | | | | |

说明：1.此表由用人单位（或个人）在参保工伤职工因工伤住院或门诊就医时提供给协议就医医院备案登记用，目的是便于协议机构筛选符合联网结算条件职工；2.用人单位（或个人）因未及时报送该表，出现超出报销范围的医疗费用情况，由用人单位或个人承担。