

工伤职工旧伤复发治疗申请表（表4-2）

单位名称：（盖章）

姓 名		个人编号		单位编号	
性 别		年 龄		出生年月	
身份证号码			联系人地址及电话		
伤残部位及程度		工伤时间		工伤类别及编号	
病史及治疗经过					
协议医疗机构意见	单位盖章 _____ 经办人： _____ 年 月 日				
社保机构意见	单位盖章 _____ 经办人： _____ 年 月 日				
备 注					

第一联 社保机构留存
 第二联 单位留存

填表说明：此表由申请人申请旧伤复发治疗时填写。病史及治疗经过一栏填写首次诊断的时间，经治医疗机构名称，医疗终结时间。此表一式两份，社保经办机构和单位各留存一份。