

三门市工伤职工医疗终结情况表

工作单位：（盖章）单位申请一定要盖章

202X 年 X月X日

工伤职工姓名	张X		身份证号码	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	
参加工作时间		职务（工种）	XX（工伤认定书上）	医 疗 期	
因工伤残时间	202X 年 X月X日（受伤时间）	现联系住址	XX 省 XX 市 XX 县 XX 街道 XX 号		
医疗机构对工伤职工受伤部位伤情及治疗情况简述	<div>医生填写</div> <div>主治医师（章）医生签字</div> <div>202X 年 X月X日</div>				
医疗机构对工伤职工医疗终结依据意见	<div>医疗单位（章）医院盖章</div> <div>202X 年 X月X日</div>				
用人单位意见	<div>用人单位鉴章单位申请一定要盖章</div> <div>单位负责人：单位申请一定要盖法人私</div> <div>202X 年 X月X日</div>				

注：本表一式三份，企业、工伤保险经办机构、劳动能力鉴定委员会各一份。并作为劳动能力鉴定和参保用人单位向工伤保险经办机构结算工伤医疗费用等待遇的依据之一。