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 系因工作原因受伤，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.此表由用人单位在参保职工因工伤住院或门诊就医时提供给就医医院登记用。

2.用人单位因未及时报送该表，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。