附件3

工伤职工延长停工留薪期确定通知书

编号：

姓名： 性别： 身份证号码：

用人单位名称：

原停工留薪期： 个月，自 年 月 日至 年 月 日。

本单位于 年 月 日收到工伤职工 提交的延长停工留薪期申请，根据该职工提供的工伤保险协议医疗机构出具的诊断证明，同意延长停工留薪期 个月，自 年 月 日至 年 月 日。

注：①停工留薪期满需要延长的，应在期满前10个工作日内向用人单位提出书面申请并提交工伤保险协议医疗机构出具的诊断证明，用人单位同意后，可以延长停工留薪期。工伤职工未在规定时间内向用人单位提出书面申请的，停工留薪期到期终止。

②伤情严重或者情况特殊，停工留薪期满12个月后仍需延长的，应在期满前10个工作日内向管辖地区劳动能力鉴定委员会提出延长停工留薪期申请。

（公章）

年 月 日

※本通知书一式三份，工伤职工、用人单位和社会保险经办机构各一份。