工伤保险待遇申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 用人单位（盖章）： 是否工程项目： 是□ 否□ | | | | | | | | | | | | | | |
| 职工姓名 | |  | | 身份证号码 | | | |  | | | | | | |
| 伤（亡）时间 | |  | | 联系电话 | | | |  | | | | | | |
| 联系地址 | |  | | | | | | 邮政编码 | | |  | | | |
| 个人银行账号信息 | | □个人金融社保卡账号（系统自动关联，不需提供） | | | | | | | | | | | | |
| □其他  账号 | 银行 | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_银行 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_支行（分行） | | | | | | | | | |
| 户名 | |  | | | | | | | | | |
| 账号 | |  | | | | | | | | | |
| 单位名称 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 经办人姓名 | |  | | | | | 经办人电话 | | | |  | | | |
| 联系地址 | |  | | | | | 邮政编码 | | | |  | | | |
| 单位银行账号信息 | | □社会保险银行账号（系统自动关联，不需提供） | | | | | | | | | | | | |
| □其他  账号 | 银行名称 | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_银行 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_支行（分行） | | | | | | | | |
| 账户户名 | | |  | | | | | | | | |
| 银行账号 | | |  | | | | | | | | |
| 首次申请 | □经劳动能力鉴定未达到伤残等级评定标准或未发现残疾不做劳动能力鉴定 | | | | | 非首次申请 | | | | □旧伤复发待遇申请 | | | | |
| □经劳动能力鉴定达到伤残等级评定标准 | | | | | □离职待遇申请（享受基本养老保险待遇或死亡情形除外） | | | | |
| □工亡待遇申请 | | | | | □残退后死亡待遇申请 | | | | |
| □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| 职工或其近亲属签名（按指印）：    年 月 日 | | | | | 职工或其近亲属签名（按指印）：    年 月 日 | | | | |
| 待遇支付方式一（限医疗康复辅器等待遇申请） | 个人支付：□医疗费用、□康复治疗费用、□辅助器具费用、□市外转诊交通食宿费的金额及票据张数：  其中：医疗保险垫付 元，参保所属地 市 | | | | | | | | | | | | |
| 职工或其近亲属签名（按指印）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 单位支付：□医疗费用、□康复治疗费用、□辅助器具费用、□市外转诊交通食宿费的金额及票据张数：  其中：医疗保险垫付 元，参保所属地 市 | | | | | | | | | | | | |
| 用人单位（盖章）： 职工或其近亲属签名（按指印）： | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 待遇支付方式二（限工亡待遇申请） | 银行 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_银行 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_支行（分行） | | | | | | | | | | 备注：银行账户为死亡职工近亲属共同指定银行账户（账户可视情要求公证） | |
| 户名 |  | | | | | | | | | |
| 账号 |  | | | | | | | | | |
| **声 明**  1.本人作为死亡人员的近亲属代表，申请领取工伤保险死亡待遇，保证将如实告知其他近亲属所享有的权利，依法处分所领取的待遇。因已领取的待遇处分所引发的法律纠纷，由本人负责处理并承担相关法律责任。  2.本人了解《中华人民共和国社会保险法》及相关政策法规关于申领丧一次性工亡补助金和丧葬补助金的规定，代表死亡人员近亲属保证不在本市和外地重复申领丧葬补助金，如有多地重复申领丧葬补助金的行为，本人和其他近亲属愿意承担一切法律责任。  3.本人确认所填写内容和提交资料真实、准确、完整、有效；如有不实，愿意承担一切法律责任。 | | | | | | | | | | | | |
| 工亡职工亲属签名（按指印）： | | | | | | |  | 代办人签名： | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | |  | 年 月 日 | | | | |
| 反欺诈法律提示：以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险死亡待遇的，属于刑法第二百六十六条规定的诈骗公私财物的行为，将依法追究刑事责任。 | | | | | | | | | | | | | |
| **备注：**1.用人单位垫付工伤费用要求工伤保险基金偿还的，应提供工伤职工签字确认的相关垫付凭证； | | | | | | | | | | | | |
| 2.医疗费用如涉及医疗保险基金垫付，工伤保险基金按规定返还至医疗保险基金。 | | | | | | | | | | | | |