

工伤保险一次性待遇申请（结算）表

填报时间： 年 月 日 填报（经办）人： 电话：

姓名		性别		工伤时间		工伤部位	
社会保障号						伤残等级	护理等级
单位名称							本人工资
项目	申报费用			核定费用		自理费用	
	单据/天数	金额（元）		单据/天数	金额（元）		金额（元）
医疗费							
住院伙食补助费							
统筹地区以外就医伙食费	省内	天		省内	天		
	省外	天		省外	天		
统筹地区以外就医住宿费	省内	天		省内	天		
	省外	天		省外	天		
统筹地区以外就医交通费							
鉴定费							
辅助器具费							
一次性伤残补助金	按本人工资 个月的标准计发			计：			
一次性医疗补助金	按劳动关系解除或终止上年度全省在岗职工平均工资 月计发			计：			
丧葬补助金	按工亡上年度全省职工平均工资6个月标准计发			计：			
一次性工亡补助金	按工伤发生时上年度全国城镇居民人均可支配收入20倍计发			计：			
待遇结算说明							合计： 元
所在单位意见	(章) 年 月 日			省社 保中 心核 定	(章)		
				经办：	审核：	批准：	
				年 月 日	年 月 日	年 月 日	

注：1、本表一式一份；2、本人工资即工伤前12个月的平均月缴费工资。