序号：24.1-24.4、24.6-24.9

工伤保险待遇申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 社会保障号码 |  |
| 单位名称 |  | 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 单位编码 |  | 工伤部位 |  | 工伤时间 |  |
| 工伤认定书编号 |  | 申请认定时间 |  | 认定时间 |  |
| 劳动能力鉴定结论编号 |  | 鉴定时间 |  | 伤残等级 |  | 护理等级 |  |
| 申请待遇项目（勾选） | □医疗费 发票 张 | □住院伙食补助费 |
| □统筹地外就医交通费 发票 张 | □一次性伤残补助金 |
| □统筹地外就医住宿费 发票 张 | □一次性医疗补助金 |
| □统筹地外就医伙食费  | □辅助器具费 |
| □一次性工亡补助金 | □丧葬补助金 |
| □伤残津贴 | □生活护理费 |
| □鉴定费 |  |
| 是否因第三人原因造成工伤 □是 □否 |
| 单位垫付项目 | 1. | 已垫付金额： 元 |
| 2. | 已垫付金额： 元 |
| 3. | 已垫付金额： 元 |
| 支付账户信息（个人） | 开户银行 |  |
| 户名 |  |
| 银行帐号 |  |
| 结果送达方式（勾选） | □自取 □网上自助查询 |
| □短信送达 （填写手机号码： ） |
| □邮寄送达 （填写邮寄地址） |
| 工伤职工签名 | 年 月 日 | 单位意见 | （盖章）年 月 日 | 社保经办机构核定核定意见 | 经办人： 年 月 日 |

备注：1. 工亡职工及手部工伤无法签字的工伤职工由家属签名。

 2. 本表一式一份，由社保经办机构留存。