工伤保险待遇申请表（示例表）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 张× | 性别 | 男 | 社会保障号码 | | 3307261991001×××× | | | | |
| 单位名称 | 浙江××人力资源开发有限公司 | | | 联系人 | 杨× | | 联系 电话 | | 5679×××× | |
| 工伤  部位 | 头部 | | 工伤发生时间 | 2016.10.30 | | 工伤职工  联系电话 | | | 1380021××21 | |
| 工伤认定书编号 | 杭人社工伤认定〔2016〕\*\*号 | | 申请认定时间 | 2016.11.10 | | 认定 时间 | 2016.12.1 | | | |
| 劳动能力鉴定结论编号 | 杭劳鉴[2017]\*\*号 | | 鉴定  时间 | 2017.4.15 | | 伤残 等级 | 十级 | | 护理等级 | 无 |
| 是否因第三人原因造成工伤 | | | □是 否 | | 第三人责任情形 | | |  | | |
| 申请待遇 项目 （勾选） | □医疗费 发票 张 | | | | □统筹地外就医交通、食宿费 发票 张 | | | | | |
| □一次性伤残补助金 | | | | √一次性医疗补助金 | | | | | |
| □一次性工亡补助金 | | | | □丧葬补助金 | | | | | |
| □伤残津贴 | | | | □生活护理费 | | | | | |
| □辅助器具费 | | | |  | | | | | |
| 是否有单位垫付 | | | | | □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 | | | | | |
| 4、 | | | | 已垫付金额： 元 | | | | | |
| 支付方式 | □社保卡 √银行卡 | | | | | | | | | |
| 工伤职工本人账户信息 | 开户银行 | 中国邮政储蓄银行浙江省分行 | | | | | | | | |
| 户名 | 张× | | | | | | | | |
| 银行账号 | 12022002012111××××× | | | | | | | | |
| 工伤职工（亲属） 签名 | **我承诺提供的所有材料真实有效，如有虚报、冒领、重复报销或其他任何方式骗取社会保险基金，愿意承担一切法律责任。**  **承诺人：（签名）**  **年 月 日** | | 单位  意见 | （盖章）  年 月 日 | | 社保 经办 机构 意见 | 经办人：  年 月 日 | | | |

备注：本表一式一份，由社保经办机构留存。