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。