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 |  |
| 工伤部位 |  | 工伤发生时间 |  | 工伤职工联系电话 |  |
| 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 |  |
| 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 |  |
| 是否由单位垫付 | □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 |
| 工伤职工本人帐户信息 | 开户银行 |  |
| 户名 |  |
| 银行帐号 |  |
| 工伤职工（亲属）签名 | 我承诺提供的所有材料真实有效，如有虚假、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：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。