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。