

# 淮南市工伤保险待遇申请表

参保地：淮南市

编号：

工伤职工姓名		性别		身份证号			
职工联系电话		工伤发生时间	年 月 日		伤残等级		
生活护理等级	<input type="checkbox"/> 完全 <input type="checkbox"/> 大部分 <input type="checkbox"/> 部分		死亡时间		是否再次(复查)鉴定	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
是否涉及第三人工伤	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	参保单位名称(项目名称)					
申请项目：√选							
1. <input type="checkbox"/> 工伤医疗费 发票张数： 8. <input type="checkbox"/> 一次性伤残补助金							
2. <input type="checkbox"/> 住院伙食补助费 住院天数： 9. <input type="checkbox"/> 1-4级伤残津贴							
3. <input type="checkbox"/> 转外就医交通补助费 发票张数： 10. <input type="checkbox"/> 生活护理费							
4. <input type="checkbox"/> 转外就医住宿补助费 发票张数： 11. <input type="checkbox"/> 一次性工伤医疗补助金							
5. <input type="checkbox"/> 工伤康复费 发票张数： 12. <input type="checkbox"/> 一次性工亡补助金							
6. <input type="checkbox"/> 辅助器具配置(更换)费 发票张数： 13. <input type="checkbox"/> 丧葬补助金							
7. <input type="checkbox"/> 劳动能力鉴定费 报销人数： 14. <input type="checkbox"/> 供养亲属抚恤金							
工伤职工社会保障卡银行账户(参保单位账户)	账号：						
	户名：			开户行：			
申请人	工伤职工： 单位经办人： (职工近亲属) (参保单位盖章) 申请人电话： 申请时间： 年 月 日						
工伤保险经办机构受理意见	受理意见：  受理人： (经办机构盖章) 年 月 日						

备注：1. 本表可由参保单位、工伤职工或职工近亲属申请，可同时申请多项待遇；  
2. 申请待遇由参保单位垫付的，填写参保单位银行账户；  
3. 社会保障卡应激活金融功能并为1类卡。