**扬州市职工工伤保险待遇申请表**

填报单位（章）： 单位代码： 个人代码：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | |  | | | 身份证号码 | | | | |  | | | | | | | 工伤时间 | | |  | |
| 工伤类别 | | | | 一般工伤□ 交通事故□ 职业病□ 康复治疗□ 老工伤□ 旧伤复发□ 其他□ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 交通事故  责任认定 | | | | | | | 工伤职工无责任 □ 工伤职工次要责任□  工伤职工主要责任□ 工伤职工全部责任□ 事故双方同等责任□ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申 请 类 别 | | | | | | ①医疗费（鉴定费） | | | | | | | | ②一次性工伤伤残补助金 | | | | ③一次性工伤医疗补助金 | | | | |
| 待遇支  付确认 | 单 位 | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | |
| 工伤职工 | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | |
| 申 请 类 别 | | | | | | ④丧葬补助金 | | | | | | | | ⑤一次性工亡补助金 | | | | ⑥供养亲属抚恤金 | | | | |
| 待遇支  付确认 | 单 位 | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | |
| 工伤职工 | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | |
| 申 请 类 别 | | | | | | ⑦伤残津贴 | | | | | | | | ⑧生活护理费 | | | | ⑨辅助器具 | | | | |
| 待遇支  付确认 | 单 位 | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | |
| 工伤职工 | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | |
| 工伤职工或近亲属申请工伤待遇类别 | | | | | | | | | | (必填) | | | | | | 签字确认 | | （工伤职工填写） | | | | |
| 票 据 | | | | | | 张（工伤科填写） | | | | | | | | | | 签字确认 | | （经办人填写） | | | | |
| 合计拨  付金额 | | | | | | 人民币小写 | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 人民币大写 | | | | | | 拾 万 仟 佰 元 角 分 | | | | | | | | | | |
| 供  养  直  系  亲  属  定  期  抚  恤  金 | | 姓名 | | | 性别 | | 供养  关系 | | 出生  年月 | | | | 其他  收入 | | 户口  性质 | | 居住地点 | | | 抚恤金 | | 小计 |
|  | | |  | |  | |  | | | |  | |  | |  | | |  | |  |
|  | | |  | |  | |  | | | |  | |  | |  | | |  | |  |
|  | | |  | |  | |  | | | |  | |  | |  | | |  | |  |
|  | | |  | |  | |  | | | |  | |  | |  | | |  | |  |
| 单位联系方式 | | | | | | | | (必填) | | | | | | | 申请人联系方式 | | | | (必填) | | | |
| 单位经办人（签字）  年 月 日 | | | | | | | | 经办（签字）  年 月 日 | | | | | | | 复核（签字）  年 月 日 | | | | 审核（签字）  年 月 日 | | | |

**备注：职工经行政部门认定工伤，达到工伤级别，按照《工伤保险条例》规定享受医疗、一次性伤残补助金（社保支付）待遇。离职时享受工伤一次性医疗补助金（社保支付）和工伤一次性就业补助金（单位支付）。**

**扬州市职工工伤保险待遇申请须知**

1、每次申请工伤待遇***均***需提供《认定工伤决定书》，***首次***申请需提供***原件***。

2、申请表格：《扬州市职工工伤保险待遇申请表》（以下简称申请表）。

3、《申请表》“待遇支付确认”一栏由用人单位和工伤职工（近亲属）签字：

①医药费支付给单位：需本人写“同意给单位”+本人签名；

②医药费支付给本人：需单位经办人签名+本人签名；

③一次性工伤伤残补助金和一次性工伤医疗补助金原则上支付给工伤职工本人。

如支付给单位，需工伤职工本人携带身份证至社保中心工伤生育科签字确认。

4、《申请表》“工伤职工或近亲属申请工伤待遇类别”一栏填写***待遇编号***。

5、申报工伤医疗费：需提供：***发票原件***（仅受理工伤***定点医院***票据，***护理票据***

不受理，***手写票据***不受理（***急救除外***）。

①门诊治疗：需提供西药单据处方、***检查报告单***（指大型检查如CT、X片等）、门诊病历复印件等。

②住院治疗：需提供出院记录、费用清单、***检查报告单***（指大型检查如CT、X

片等）、病历复印件等。

6、申报一次性工伤伤残补助金：需提供《扬州市职工因工、因病丧失劳动能力

鉴定表》（***首次***申报需提供***原件***，以下简称鉴定表）。

7、申报一次性工伤医疗补助金：需提供：①离职人员身份证；②离职人员与用人单位劳动合同；③养老手册缴费记记载；④扬州市参加社会保险职工减少表（加盖单位和***社保申报登记专用章***）；⑤辞职报告或协商解除劳动关系证明；⑥鉴定

表（以上资料提供原件核对，交复印件）

8、申报丧葬补助金和一次性工亡补助金需提供：职工工亡证明（死亡证明、户

口注销证明、火化证明）。

9、申报供养亲属抚恤金需提供：①因工死亡职工的档案、供养亲属身份证和户口簿；（2）需提供乡（镇）或街道办事处的以工亡职工生前收入为主要生活来源证明；（3）供养亲属为丧失劳动能力的，需提供《职工丧失劳动能力鉴定表》；

（4）供养亲属为配偶的提供《结婚证》、户口簿、户籍关系证明。

10、申请异地就医：需填写《扬州市工伤职工转院申请表》，***在治疗前***至工伤生

育科申请（急救除外）。

11、申请安装辅助器具：需填写《扬州市工伤职工配置（更换）辅助器具申请表》，

***在购买前***至工伤生育科申请。

12、因交通事故引发工伤：需提供***《交通事故责任认定书》***，有赔偿的还需提供

民事调解或法院判决书（以上资料提供原件核对件交复印件）。

13、个人领取工伤待遇：持本人身份证+银行卡（各大银行均可）来工伤生育科

室领取审批单据至财务科（42、43号柜台）。

14、单位领取工伤待遇：先去财务科办理直接支付业务，然后于工伤生育科室领

取审批单据至财务科（42、43号柜台）。

15、需要从商业保二次报销，请自留报销发票复印件申请盖章。

16、工伤生育科咨询电话：0514-80978688；财务科电话：0514-80978697。