

# 工伤保险待遇申请表

用人单位（盖章）：\_\_\_\_\_

是否工程项目： 是  否

工伤职工姓名		工伤（亡）时间	
身份证件类型	<input type="checkbox"/> 居民身份证； <input type="checkbox"/> 其他	身份证件号码	
手机号码		近亲属姓名及联系电话	
联系地址及邮政编码			
工伤待遇发放 账户信息	<input type="checkbox"/> 个人已激活的 金融社保卡账号 (广东省内的社 会保障卡无需提 供)	银行名称	_____银行_____支行(分行)
		账户户名	
		银行账号	
	<input type="checkbox"/> 单位账号	银行名称	_____银行_____支行(分行)
		账户户名	
		银行账号	
单位名称		经办人电话	
联系地址		手机号码	
申请 项目	<input type="checkbox"/> 经劳动能力鉴定未达到伤残等级评定标准 或未发现残疾不做劳动能力鉴定		<input type="checkbox"/> 工伤复发待遇申请
	<input type="checkbox"/> 经劳动能力鉴定达到伤残等级评定标准		<input type="checkbox"/> 离职待遇申请(享受基本养老保险待遇或死亡情形除外)
	<input type="checkbox"/> 工亡待遇申请		<input type="checkbox"/> 残退后死亡待遇申请
	<input type="checkbox"/> 其他_____		
	职工或其近亲属签名(按指印): _____		代办人签名: _____
_____年 月 日		_____年 月 日	
医疗、 康复 和辅 助器 具等 费用 申请	<input type="checkbox"/> 医疗费用； <input type="checkbox"/> 康复治疗费用； <input type="checkbox"/> 辅助器具费用； <input type="checkbox"/> 市外转诊交通食宿费 发票总计：_____张；金额总计：¥_____元。 其中：医疗保险垫付¥_____元，医保参保地_____市。 用人单位垫付¥_____元		
职工或其近亲属签名(按指印): _____		代办人签名: _____	
_____年 月 日		_____年 月 日	
工亡 待遇 申领	银行名称	_____银行_____支行(分行)	
	账户户名		
	银行账号		

	<p style="text-align: center;"><b>备 注</b></p> <p>一、工亡待遇申领方式（必选）：  <input type="checkbox"/>1、（优先）工亡一次性待遇优先支付至工亡职工的社会保障卡银行账户，再由工亡职工第一顺位继承人按照《国家金融监督管理总局中国人民银行关于优化已故存款人小额存款提取有关要求的通知》（金规〔2024〕6号）规定的简易程序提取。  <input type="checkbox"/>2、因特殊情况无法发放至工亡职工的，可以发放至由工亡职工近亲属共同指定的一位近亲属的银行账户（账户可视情要求公证）。          工亡人员_____所有近亲属共同指定_____为近亲属代表，申领工伤保险死亡待遇，近亲属代表已如实告知其他近亲属所享有的权利，并承诺将依法处分所领取的待遇。因已领取的待遇处分所引发的法律纠纷，由近亲属代表负责处理并承担相关法律责任。</p> <p>二、工亡职工的配偶、父母、子女需在下面签名（按指印）。</p>
	<p>工亡职工所有近亲属签名（按指印）：_____ 代办人签名：_____</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 年 月 日</p>
<p>社会 保险 经办 机构 告知 内容</p>	<p>社会保险经办机构根据《广东省工伤保险条例》等有关规定，核定申领人待遇。出现工伤职工或其近亲属不符合领取条件或丧失领取条件后继续领取工伤保险待遇，或者社会保险经办机构多发、错发待遇等情形的，社会保险经办机构将从其领取工伤保险待遇的银行账户扣回，或协议分期付款、从相关待遇中协助抵扣和行政非诉追回；仍无法追回的，社会保险经办机构依法向人民法院申请强制执行。符合严重失信人员行为的，纳入失信人员名单管理，并实施联合惩戒。</p>
<p>本人确认上述申领信息无误，并知悉如提供虚假情况及资料，需承担相关法律责任。同时，已知晓上述工伤保险待遇核定依据、多发错发待遇处理等情况。若出现以上告知内容相应情形的，同意社会保险经办机构按照上述告知方式执行。</p> <p>工伤职工或近亲属（签名）：_____ 代办人（签名）：_____</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 年 月 日</p>	
<p>办 理 结 果 送 达 地 址 确 认</p>	<p>请选择具体的送达方式：  <input type="checkbox"/>1.业务窗口现场送达  <input type="checkbox"/>2.申领人通过互联网服务渠道领取，在进行电子身份认证后，勾选文书项目，并点击“打开读取和打印”。网址：<a href="https://ggfw.hrss.gd.gov.cn/ssologin/">https://ggfw.hrss.gd.gov.cn/ssologin/</a>  <input type="checkbox"/>3.邮寄送达，通讯地址（必填）：_____</p> <p>申领人选择1、2方式但仍无法告知的，社会保险经办机构应邮寄至指定邮寄地址。邮寄地址填写不准确导致告知文书未能被申领人实际接收的，文书退回之日被视为告知；因申领人自己填写的邮寄地址变更未及时告知社会保险经办机构、申领人拒绝签收，导致告知文书未能被申领人实际接收的，文书退回之日视为告知之日。</p> <p>申领人下落不明等，社会保险经办机构参照民事诉讼法律规定可以在申领人住所地张贴公告，也可以在报纸、信息网络等媒体上刊登公告，自最后张贴公告或者刊登公告之日起满六十日的，视为告知。</p> <p>职工或其近亲属签名：_____ 代办人（签名）：_____</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 年 月 日</p>

**备注：** 1. 用人单位垫付工伤费用要求工伤保险基金偿还的，应提供工伤职工签字确认的相关垫付凭证。  
 2. 工伤待遇发放到用人单位的，用人单位应当在收到待遇资金一个月内将相关待遇（不含单位垫付费用）支付给工伤职工或供养亲属本人，并将工伤职工或供养亲属本人签名的佐证材料于支付后的10日内报社会保险经办机构存档。  
 3. 医疗费用如涉及医疗保险基金垫付的，工伤保险基金按规定返还至医疗保险基金。