

工伤职工一次性（定期）待遇申请表

单位名称：

社会保险登记证：

职工姓名		性别		社保编号	
身份证号码					
地址和邮编				联系电话	
工伤时间		伤残等级		护理等级	
<input type="checkbox"/> 一次性伤残补助金		<input type="checkbox"/> 一次性医疗补助金		<input type="checkbox"/> 伤残津贴	<input type="checkbox"/> 护理费

注：除①外，其他仅需提交此《申请表》即可申领以上工伤保险待遇

仅在申请一次性医疗补助金时填写

职工提出解除	【本人提出与用人单位解除劳动合同】 ▼▼请职工将【 】中的内容抄写在下方▼▼	
其他解除情形	<input type="checkbox"/> 劳动合同期满终止 <input type="checkbox"/> 单位解除劳动合同 <input type="checkbox"/> 单位破产、关闭 <input type="checkbox"/> _____	①属其他解除情形，且距退休年龄不足5年的，另需提供劳动合同、单位解除材料或破产关闭等相关材料；并提供《工伤赔偿协议》、一次性就业补助金支付凭证和收据等。
劳动关系解除/终止时间		年 月 日

工伤职工意见	待遇经核定后，将直接汇入您本人的社会保障卡。若遇无法汇款或确需变更的，请另行提交书面材料申请。 <div style="text-align: right;"> 签 名： 年 月 日 </div>
--------	--

用人单位意见	待遇经核定后，将直接汇入职工本人的社会保障卡，单位一方对此有异议的，请在本栏中书面注明。 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 经办人签字（公章）： 联系电话： </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 年 月 日 </div>
--------	--