附件2

雅安市新冠肺炎疫情防控期间工伤保险基金先行支付

申请表

单位名称：（章） 年 月 日 单位：元、张

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 公民身份号码 |  | | 性别 | |  | |
| 工作单位 |  | | | | | | 工作岗位 | |  | |
| 工伤（亡）时间 |  | | | | 工伤认定时间 | |  | | | |
| 伤害部位（职业病名称） | | |  | | | | | | | |
| 劳动能力鉴定时间 | |  | 伤残等级 | |  | 护理等级 | |  | |  |
| 申请类别（勾选） | | 单位申请□ | | | | | | | | |
| 个人申请□ | | | | | | | | |
| 申请支付原因（勾选） | | 用人单位未依法缴纳工伤保险费，发生工伤事故后用人单位暂时无力支付工伤保险待遇　　□ | | | | | | | | |
| 其他□：原因表述 | | | | | | | | |
| 待遇项目 | | 申请支付金额 | | | 附件名称 | | 张数 | | | |
| 工伤医疗费 | |  | | |  | |  | | | |
| 辅助器具配置费 | |  | | |  | |  | | | |
| 住院伙食补助费 | |  | | |  | |  | | | |
| 统筹外就医交通住宿费 | |  | | |  | |  | | | |
| 一次性伤残补助金 | |  | | |  | |  | | | |
| 一次性工伤医疗补助金 | |  | | |  | |  | | | |
| 伤残津贴 | |  | | |  | |  | | | |
| 生活护理费 | |  | | |  | |  | | | |
| 一次性工亡补助金 | |  | | |  | |  | | | |
| 丧葬补助金 | |  | | |  | |  | | | |
| 供养亲属抚恤金 | |  | | |  | |  | | | |
| 劳动能力鉴定费 | |  | | |  | |  | | | |
| 金额合计 | |  | | | | | | | | |
| 社会保险事务中心意见：  年 月 日  经办人：　　　　　　复核人：　　　　　　　审核人：　　　　　　　负责人： | | | | | | | | | | |