

许昌市工伤保险待遇审批表

单位名称：

单位编号：

职工姓名		性别		年龄		出生年月	
公民身份号码			职业、工种或工作岗位				
事故类别				受伤部位			
职业病名称				工伤发生时间			
工伤认定时间				工伤认定书号			
首治医院				转治医院			
医疗费发生额				联系电话			
备注							
申请结算待遇种类 (请打√)	医疗待遇 <input type="checkbox"/>		工亡待遇 <input type="checkbox"/>		劳动能力鉴定费 <input type="checkbox"/>		
	伤残待遇 <input type="checkbox"/>		其他待遇 <input type="checkbox"/>				
申报 单位 意见	经办人： _____ (公章) 联系电话： _____ 年 月 日						
以上由单位经办人填写，以下由工伤保险经办机构填写。							
申请工伤时间				劳动能力鉴定时间			
工伤认定结论				劳动能力鉴定结论			
社会平均工资				本人缴费工资			
用人单位是否在规定时间内提交工伤认定申请							
备注							
医疗 工伤 生育保险 中心 意见	审核人： _____ (印章) 年 月 日						

填表说明：1、此表由单位社会保险经办人员和工伤保险经办机构填写，经办机构留存。2、医疗费结算时需提供工伤认定书，工伤职工身份证复印件，医疗机构收费专用票据，住院病历复印件，费用汇总清单，相关检查报告，门诊处方及医保卡等。3、需转院治疗的请提前办理转院手续。