工伤保险伤残退休待遇申请表（样表）

|  |
| --- |
| 工伤事故所在单位(盖章) XXXXXXXX 是否工程项目： 是□ 否√□  |
| 个人基本信息 | 工伤人员姓名 | XXX | 身份证号码 | XXXXXXXXXXXXXXXXXX |
| 工伤发生时间 | XXXX年XX月XX日 | 移动电话 | XXXXXXXXXXXX |
| 家庭联系地址 | XXXXXXXXXXXX |
| 家庭联系电话 | XXXXXXXXX | 邮政编码 | XXXXXXXXX |
| 伤残等级 | XXX | 护理等级 | XXX |
| 单位信息 | 单位名称 | XXXXXX |
| 联系地址 | XXXXXXXXX |
| 联系人姓名 | XXX | 联系电话 | XXXXXXXXX |
| 待遇支付信息 | □个人金融社保卡账号（系统自动关联，不需提供） |
| □其他账号 | 银行名称 | \_\_\_\_\_XXX\_银行 \_\_\_\_\_XXX\_支行（分行）  |
| 账户户名 | XXX |
| 银行账号 | XXX |
| 伤残津贴申领方式 | 申领方式 | √□ 方式一：退出工作岗位、终止劳动关系的，办理伤残退休手续（即终生领取伤残津贴）。 |
| □ 方式二：与原单位保留劳动关系，退出工作岗位的，由工伤基金支付伤残津贴至到达退休年龄再办理养老保险退休手续。 |
| 职工基本医疗保险费扣缴方式选择（限选择方式一，即伤残退休人员填写） | √**□1.同意委托经办机构代缴代扣职工基本医疗保险费的：** |
| ①按照《《广东省工伤保险条例》》规定参加职工基本医疗保险，由工伤保险基金承担应当由用人单位缴纳的基本医疗保险费，同时本人委托社会保险经办机构按规定从伤残待遇中扣缴个人应缴纳的职工医疗保险费，并享受相应医疗保险待遇。 |
| ②由工伤保险基金缴纳医保费的伤残退休人员，应当按照社保经办部门的要求在规定的时间内进行生存认证。因没有通过生存认证而被暂停或停止由工伤保险基金按月发放伤残津贴待遇的同时，其享受由工伤保险基金缴纳医保费的待遇也将暂停或停止，因此导致医疗保险待遇无法享受或受影响的，由伤残退休人员自行负责。 |
| **□2.不同意委托经办机构代缴代扣职工基本医疗保险费的：** |
| 在自行缴纳基本医疗保险费后，凭缴费原始凭证到经办机构报销应由用人单位缴纳的基本医疗保险费用。 |
| **声明** |
|  本人清楚工伤保险待遇相关政策和申领伤残津贴的两种方式，决定选择第 种方式领取伤残津贴，选择第 种方式扣缴职工医疗保险费。本人已阅读并知悉上述须知事项，并承诺遵守以上事项并承担相关法律责任。  |
| **工伤职工本人签名（按指印）：**XXX **申请日期：**XXXX年XX月XX日 |
| **备注：**1.领取伤残津贴人员应按规定进行待遇领取资格认证；认证周期为12个月；未按规定进行资格认证的，工伤保险基金将暂停发放待遇。2.申领方式选择为“方式一”时，需同时提供解除或终止劳动关系的证明材料。 |