|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 工伤保险先行支付申请表 | | | | | | | | | | | | | |
| 是否工程项目： 是□ 否□ | | | | | | | | | | | | | |
| **用人单位**  **信息** | | 名称 | | | |  | | 单位社保编号 | | |  | | |
| 联系人 | | | |  | | 单位联系电话 | | |  | | |
| 联系地址及邮政编码 | | | |  | | | | | | | |
| **工伤职工**  **信息** | | 姓名 | | | |  | | 证件类型 | | | □居民身份证 □其他 | | |
| 身份证件号码 | | | |  | | 联系电话 | | |  | | |
| 工伤认定决定书  文（编）号 | | | |  | | 劳动能力鉴定  结论编号 | | |  | | |
| 联系地址及邮政编码 | | | |  | | | | | | | |
| **近亲属**  **（代办人）** | | 姓名 | | | |  | | 证件类型 | | □居民身份证 □其他 | | | |
| 身份证件号码 | | | |  | | 与伤（亡）者关系 | | | | |  |
| 联系电话 | | | |  | | | | | | | |
| **申请原因（打√）** | | **工伤（亡）职工因工伤事故，产生医疗费用和其他待遇，因以下第（ ）项的情形，向社会保险经办机构申请工伤保险基金先行支付工伤待遇（进行勾选）：**  □1.第三人侵权造成职工工伤，且第三人不支付或无法确定第三人，用人单位有参保；  □2.第三人侵权造成职工工伤，且第三人不支付或无法确定第三人，用人单位未参保；  □3.用人单位未参保职工发生工伤，用人单位被依法吊销营业执照或者撤销登记、备案的；  □4.用人单位未参保职工发生工伤，依法经仲裁、诉讼后仍不能获得工伤保险待遇，法院出具中止执行文书的；  □5.用人单位未参保职工发生工伤，用人单位拒绝支付全部或者部分工伤保险待遇；  □6.其他情形：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| **第三人信息** | | **如涉及到第三人的，须填写以下内容：** | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | | |  | | | | 证件类型 | | | □居民身份证 □其他 | |
| 身份证件号码 | | |  | | | | 联系电话 | | |  | |
| 联系地址及邮政编码 | | | | |  | | | | | | |
| **申请事项** | |  | | **本人或近亲属现向东莞市（ 镇/区）社会保险基金管理中心提出工伤保险基金先行支付申请。申请待遇项目（若申请原因是第1项的，本申请事项只能勾选第1项）：**  □1.工伤保险医疗 □2.康复治疗费 □3.辅助器具配置（更换）待遇  □4.工伤保险伤残待遇 □5.工伤保险工亡待遇 □6.工伤保险供养亲属待遇  □7.1-4级残退后死亡待遇 □8.其他 | | | | | | | | | |
| **承 诺**  1.本人了解《中华人民共和国社会保险法》及工伤保险相关先行支付政策法规，符合本业务办理条件。  2.本人确认填报和提交的所有信息、资料真实、准确、完整、有效，到目前为止尚未获得用人单位及其法定代表人或第三人赔偿或获得部分赔偿；本人授权同意经办机构通过其他部门、机构、企业查询与承诺相关的个人信息，用于核实承诺内容的真实性。  3.本人承诺今后若获得用人单位及其法定代表人或第三人赔偿，在获得赔偿后10个工作日内，主动到社会保险经办机构办理工伤保险待遇先行支付费用退还手续。若不退还的，社会保险经办机构可从以后支付的相关待遇中扣减其应当退还的数额，或者向人民法院提起诉讼。  申请人签名（按指印）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| **失信惩戒和反欺诈提示：**以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险待遇的，人力资源社会保障部门按《社会保险领域严重失信人名单管理暂行办法》规定将其列入社会保险严重失信人名单进行管理，并由相关部门按规定实施联合惩戒。属于刑法第二百六十六条规定的诈骗公私财物的行为，将依法追究刑事责任。 | | | | | | | | | | | | |
| **社保经办机构审查** | | 审查结果（勾选）：  **□符合先行支付申请资格**  **□不符合先行支付申请资格**  经办人签名： 分管领导签名：  年 月 日 年 月 日  （盖章）  **备注：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | |
| **备注：**1.本表适用于先行支付的普遍性待遇申报情形**（填报此表的同时须另外填报工伤待遇申请所需的其他表格）**；  2.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；  3.工亡职工近亲属如为非完全民事行为能力人，可由其法定监护人代理签名确认同时提供监护人的证明材料和本人的身份证件（核原件）。 | | | | | | | | | | | | |