# 住院伙食补助费申领

业务办事指南

### 办理对象

因工作遭受事故伤害或者患职业病的\*\*市（区）工伤保险参保职工。

### 办理条件

申报工伤医疗（康复）费的住院期间的伙食补助费，分三类情形：

（一）与【医疗/康复/辅助器具配置（更换）费用申报】业务一并受理的；

（二）已完成联网结算的工伤医疗（康复）费用、需要申报住院期间伙食补助费的；

（三）第三人已支付医疗（康复）费用的，申报住院期间伙食补助费的。

### 基本流程

（一）申请：参保单位或工伤职工带齐相关资料和填好的表格到我局（中心）业务前台。

（二）受理：窗口受理人员接收申报资料后，当场核验申报材料的真实性和完整性，对符合条件的，出具《受理回执》；有下列情形之一的，不予受理：

1、因工受伤时该人员未参加\*\*市（区）工伤保险的（先行支付和符合省业务规程规定情形的除外）；

2、因工受伤时用人单位未缴交工伤保险费的（先行支付和符合省业务规程规定情形的除外）；

3、未取得社会保险行政部门作出的《认定工伤决定书》《老工（伤）人员纳入工伤保险统筹管理确认书》或其他确认工伤的文件；

4、除急救抢救外，未按规定向\*\*市（区）社会保险基金管理局（中心）备案或批准，工伤职工自行转地级以上市以外治疗、康复的；

5、除急救抢救、延续治疗等符合规定情形外，工伤职工在未签订服务协议的机构住院治疗、康复的；

6、对非工伤引发的疾病进行治疗、康复期的；

7、申请资料不完整的。

（三）审核：后台工作人员对申请资料进行审查，并核定其各项待遇。如果发现前台受理的资料不完整或不真实的应及时退回前台通知补正资料，待资料补充完整真实后再重新启动工伤待遇审理程序。

（四）办结结果：办结后出具工伤保险待遇核定表。

### 所需材料

（一）按要求填写的《工伤保险待遇申请表》；

（二）涉及银行账户信息变更：工伤职工社会保障卡或银行存折/借记卡或单位银行账户信息（单位垫付的，须提供单位和个人双方确认垫付事实的书面材料）；

（三）工伤职工有效身份证明；

（四）委托办理:授权委托书、受托人有效身份证明及联系方式。

### 所需材料

（一）与工伤医疗/康复/辅助器具配置（更换）费用申报业务一并受理的，无须提供其他资料。

（二）已联网结算工伤医疗（康复）费用的：

1、按要求填写的《工伤保险待遇申请表》；

2、工伤职工社会保障卡或银行存折/借记卡；

3、出院小结或医疗（康复）收费专用收据等材料。

（三）第三人已全额支付医疗（康复）费用的：

1、按要求填写的《工伤保险待遇申请表》；

2、医疗发票/收据原件；

3、医学检查检验报告、疾病证明书等相关原始资料；

4、工伤职工社会保障卡或银行存折/借记卡；

（四）工伤职工有效身份证明；

（五）委托办理:授权委托书、受托人有效身份证明及联系方式。

### 表格下载

《工伤保险待遇申请表》

工伤保险待遇申请表

|  |
| --- |
| 用人单位（盖章）： 是否工程项目： 是□ 否□ |
| 职工姓名 | 　 | 工伤（亡）时间 |  |
| 证件类型 |  □居民身份证；□其他 | 身份证件号码 |  |
| 个人联系电话 | 　 | 近亲属姓名及联系电话 | 　 |
| 联系地址及邮政编码 |  |
| 个人银行账号信息 | □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 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_银行 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_支行（分行）  |
| 户名 |  |
| 账号 |  |
| 单位名称 |  |
| 经办人姓名 |  | 经办人电话 |  |
| 联系地址 |  | 邮政编码 |  |
| 单位银行账号信息 | □社会保险银行账号（系统自动关联，不需提供） |
| □其他 账号 | 银行名称 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_银行 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_支行（分行）  |
| 账户户名 |  |
| 银行账号 |  |
| 首次申请 | □经劳动能力鉴定未达到伤残等级评定标准或未发现残疾不做劳动能力鉴定 | 非首次申请 | □工伤复发待遇申请 |
| □经劳动能力鉴定达到伤残等级评定标准 | □离职待遇申请（享受基本养老保险待遇或死亡情形除外） |
| □工亡待遇申请 | □残退后死亡待遇申请 |
| □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 职工或其近亲属签名（按指印）：年 月 日 | 职工或其近亲属签名（按指印）：  年 月 日 |
| 待遇支付方式一**（限医疗、康复和辅器配置费用等待遇申请）** | 个人支付：□医疗费用、□康复治疗费用、□辅助器具费用、□市外转诊交通食宿费的金额及票据张数：票据总金额 元，票据张数 张；  其中：医疗保险垫付 元，参保所属地 市 |
| 职工或其近亲属签名（按指印）：  年 月 日 |
| 单位支付：□医疗费用、□康复治疗费用、□辅助器具费用、□市外转诊交通食宿费的金额及票据张数：票据总金额 元，票据张数 张；其中：医疗保险垫付 元，参保所属地 市 |
| 用人单位（盖章）： 职工或其近亲属签名（按指印）：  |
|  年 月 日 年 月 日 |
| 待遇支付方式二**（限工亡待遇申请）** | 银行 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_银行 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_支行（分行）  | 备注：银行账户为死亡职工近亲属共同指定银行账户（账户可视情要求公证） |
| 户名 |  |
| 账号 |  |
| **声 明**1.本人作为死亡人员的近亲属代表，申请领取工伤保险死亡待遇，保证将如实告知其他近亲属所享有的权利，依法处分所领取的待遇。因已领取的待遇处分所引发的法律纠纷，由本人负责处理并承担相关法律责任。 2.本人了解《中华人民共和国社会保险法》及相关政策法规关于申领丧一次性工亡补助金和丧葬补助金的规定，代表死亡人员近亲属保证不在本市和外地重复申领丧葬补助金，如有多地重复申领丧葬补助金的行为，本人和其他近亲属愿意承担一切法律责任。3.本人确认所填写内容和提交资料真实、准确、完整、有效；如有不实，愿意承担一切法律责任。 |
| 工亡职工近亲属签名（按指印）： | 代办人签名（按指印）： |
| 年 月 日 |  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，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。 |
| 备注：1.本表适用于普遍性待遇申报情形（1-4级伤残、先行支付、纳入供养亲属等待遇申报情形除外）；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.医疗费用如涉及医疗保险基金垫付的，工伤保险基金按规定返还至医疗保险基金。 |