# 

# 工伤保险伤残待遇变更

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

工伤职工发生工伤并认定为工伤，经劳动能力鉴定委员会评定伤残等级后，调整伤残等级、生活护理等级，根据变更后的伤残等级或护理等级或变更后的工伤信息重算工伤待遇，根据情况进行重新核定或补发。

### 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、未取得劳动能力鉴定委员会作出新的劳动能力鉴定结论的（限伤残等级或护理等级变更）；

5、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

1、按要求填写的《工伤保险待遇申请表》或《工伤保险伤残退休待遇申请表》（盖有单位公章）；

2、工伤职工社会保障卡或银行存折/借记卡信息；

3、工伤职工有效身份证明；

4、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》(限1-4级伤残等级以外的晋升)

《工伤保险伤残退休待遇申请表》（限晋升为1-4级伤残）

#### 

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。 | | | | | | | | | | | | |

#### 

工伤保险伤残退休待遇申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 用人单位（盖章）： 是否工程项目： 是□ 否□ | | | | | | | | | | |
| 个人基本信息 | 姓名 | |  | | | | | 工伤认定决定书  文（编）号 | |  |
| 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 | | | | |  | | | | |
| 近亲属姓名及联系电话 | | | | |  | | | | |
|  |
| 单位 信息 | 单位名称 | | |  | | | | | | |
| 联系地址 | | |  | | | | | | |
| 联系人姓名 | | |  | | | 联系电话 | |  | |
| 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 | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_银行 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_支行（分行） | | | | | |
| 账户户名 | | |  | | | | | |
| 银行账号 | | |  | | | | | |
| 伤残津贴  申领方式  （勾选） | | □ **方式1：**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。 | | | | | | | | |
| □ **方式2：**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） | | | | | | | | |
| 伤残津贴申领方式选择方式**2**的，还须对职工基本医疗保险费扣缴方式进行选择**↓**（勾选）：  **□方式1.同意委托社保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。  **□方式2.不同意委托社保经办机构代缴代扣职工基本医疗保险费的：**  在自行缴纳职工基本医疗保险费后，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）： 近亲属签名（按指印）：  申请日期： 年 月 日 申请日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 备注：1.本表适用于1-4级伤残人员的一次性伤残补助金、伤残津贴、护理费和职工基本医疗保险扣缴方式选择的待遇申报情形；  2.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和代扣代缴职工基本医疗保险费。 | | | | | | | | | | |