# 工伤医疗/康复/辅助器具配置（更换）费用申报

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

因工作遭受事故伤害或者患治病的\*\*市（区）工伤保险参保职工，在用人单位生产经营所在地社会保险行政部门作出工伤认定后申请医疗/康复/辅助器具配置（更换）费用。

### 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、康复和辅助器具配置的；

5、除急救抢救、延续治疗、救治过程中的矫形器和压力衣配置、购买假发和生活类辅助器具配置等符合规定情形外，工伤职工在未签订服务协议的机构进行治疗、康复或配置辅助器具的；

6、对非工伤引发的疾病进行治疗、康复或辅助器具配置的；

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）发票/收费收据原件；

（三）工伤职工社会保障卡或银行存折/借记卡信息（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）；

（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。

（六）住院:

1、出院小结（记录）；

2、住院费用明细汇总表；

（七）门诊：

1、门诊病历；

2、门诊费用清单；

3、医学检查检验报告、疾病证明书等相关原始资料；

（八）康复费:

1、康复出院小结（记录）

2、住院费用明细汇总表；

（九）辅助器具配置费:

辅助器具配置服务记录；

（十）分段报销:

申请分段报销的情况说明（限重大工伤事故中工伤职工产生的高额医疗费用）；

（十一）市外就医:

1、跨市就医（含异地辅助器具配置）往返一次的交通费有效发票：限于公共汽车、火车硬席、高铁（动车）二等席、轮船三等舱、飞机经济舱、医疗机构救护车）；

2、转入地交通食宿费有效发票（转诊期最长不超过三天）；

3、跨市就医医疗收费专用收据或辅助器具配置服务记录和辅助资料；

（十二）涉及第三人责任的工伤医疗费用（不属于先行支付）：

民事伤害赔偿材料：

1、属于经人民法院判决或调解的，提供民事判决书或民事调解书等材料；

2、属于法院裁定终结执行的，提供裁定终结执行书。

3、如无法提供相关材料的，可提供书面承诺书。

（十三）先行支付:

1、按要求填写的《工伤保险先行支付申请表》；

2、根据不同情形提供相关材料：

（1）用人单位未依法缴纳工伤保险费的：A.属于用人单位被依法吊销营业执照或者撤销登记、备案的，提供用人单位被依法吊销营业执照或者撤销登记、备案的证明材料；

B.属于依法经仲裁、诉讼后仍不能获得工伤保险待遇的，提供法院出具的中止执行文书；

C.属于用人单位拒绝支付全部或者部分费用，或工伤职工认为用人单位不支付的，提供工伤职工催告用人单位支付而用人单位未支付或部分支付的情况说明及相关催告证明材料，如催告书和邮寄催告书的回执、催告录音录像等；

（2）第三人侵权且第三人无法确认的：不属于交通事故或者城市轨道交通、客运轮渡、火车事故、遭受暴力伤害的其他情形的，提供工伤职工本人和用人单位共同确认无法确定第三人的声明；

### （3）第三人侵权且第三人不支付的：A.经诉讼后仍无法获得赔偿的，提供人民法院出具的民事判决书、中止执行文书；B.第三人提供本人无力支付的证明材料或拒绝支付的说明材料；C.工伤职工催告第三人支付而第三人未支付的情况说明及相关催告证明材料，如催告书和邮寄催告书的回执、催告录音录像等。

### 表格下载

《工伤保险待遇申请表》

《涉及第三人责任的工伤医疗费告知承诺制告知书》

《工伤保险先行支付申请表》

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。 | | | | | | | | | | | | |

广东省工伤保险经办业务证明事项

告知承诺制告知书

一、按照《广东省工伤保险基金省级统筹业务规程》（粤人社规〔2019〕22号）等要求，本工伤保险经办业务证明事项可按规定实行告知承诺制。

二、办事对象须知晓本事项相关办理条件，有义务如实提交本人相关信息，并签署《工伤保险经办业务证明事项告知承诺制承诺书》，原则上不允许代为承诺。不具备民事行为能力或书写能力的办事对象，经社会保险经办机构同意后，可由其法定监护人代为承诺。

三、办事对象办理指定业务时，根据情况可不再需要提交部分证明材料。社会保险经办机构依据办事对象作出的承诺为其办理相关业务，并通过部门内、部门间核查等方式对承诺内容进行核实，对于无法核实的内容，可以要求办事对象提交必要的相关证明。办理流程和结果接受社会监督举报。

四、办事对象有较严重的不良信用记录或曾作出虚假承诺的，不适用告知承诺制。上述办事对象须按社会保险经办机构工伤保险公共服务事项办事指南中的规定办理相关事项。

五、办事对象不符合相关办理条件，或者未按照社会保险经办机构要求办理相关事项的，不予进行告知承诺和业务办理。办事对象有故意隐瞒真实情况、提供虚假承诺或者以其他不正当手段取得相应证明材料等严重违纪违规行为的，依法依规进行处理，纳入社会保险领域严重失信人名单，由相关部门实施联合惩戒。失信人员信息视情况向社会公布，涉嫌犯罪的，移送司法机关处理。

广东省工伤保险经办业务证明事项告知承诺制

<涉及第三人责任的工伤医疗费>

承 诺 书

|  |  |
| --- | --- |
| 申 请 人： | 证件类型：□居民身份证 □其他 |
| 身份证件号码： | |
| 事由：  本人无法提供以下材料（勾选）：  □《广东省工伤保险基金省级统筹业务规程》第一百七十一条规定材料（涉及第三人责任的民事伤害赔偿材料）；  □无法提供《广东省工伤保险基金省级统筹业务规程》第一百七十二条规定辅助材料（未确定赔偿比例或第三人支付的医疗费用金额不明确的无法明确医疗费用分割）的。 | |
| 申报费用：  此次申报工伤医疗费 元，其中第三人支付工伤医疗费 元，工伤职工本人支付工伤医疗费 元。 | |
| 承诺内容：  1.本人了解《中华人民共和国社会保险法》并认真阅读《工伤保险经办业务证明事项告知承诺制告知书》及相关政策法规关于涉及第三人责任的工伤医疗费的规定，对工伤保险公共服务事项证明义务和办理条件已充分知晓。  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，并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.本人知悉如作出不实承诺，将被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》规定列入社会保险严重失信人名单进行管理，并接受由相关部门按规定实施的包括限制乘坐飞机、乘坐高等级列车和席次、获得贷款授信，通报批评，公开谴责等在内的跨部门联合惩戒。 | |
| 申请人签名（按指印）： | 近亲属签名（按指印）： |
| 承诺日期： 年 月 日 承诺日期： 年 月 日 | |

备注：本表适用于工伤职工无法提供《广东省工伤保险基金省级统筹业务规程》

第一百七十一条规定材料或第一百七十二条规定辅助材料。

## 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 | | |  | | | | | | | |
| 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 | 银行账号 | |  | | | | | | | |
| 开户名称 | |  | | | | | | | |
| 开户银行 | |  | | | | | | | |
| 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.非第三人侵权造成职工工伤，用人单位未参保且拒绝支付全部或者部分工伤保险待遇；  □4.用人单位被依法吊销营业执照或者撤销登记、备案的；  □5.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；  □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 市（ 区）社会保险基金管理局提出工伤保险基金先行支付申请。申请待遇项目： | | | | | | | | | | | |
| □1.工伤保险医疗、康复、辅助器具配置（更换）待遇； □2.工伤保险伤残待遇  □3.工伤保险工亡待遇； □4.工伤保险供养亲属待遇  □5.1-4级残退后死亡待遇；  □6.其他 | | | | | | | | | | | |
| 待遇支付方式一**（限医疗、康复和辅器配置费用和市外转诊等待遇申请）** | 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  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  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 | | | | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | | | |
| 本人签名（按指印）： 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 |  | |
| 承 诺  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；到目前为止尚未获得用人单位及其法定代表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。  4.本人承诺今后若获得用人单位及其法定代表人赔偿，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。 | | | |
| 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，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。 | | | | |
| **备注：**1.本表适用于先行支付的普遍性待遇申报情形（1-4级伤残、纳入供养亲属的先行支付待遇申报须按规定在填报此表的同时另填报其他表格）；  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.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；  4.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）。 | | | | |