# 一次性工伤医疗补助金申请

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

1. 五级、六级伤残职工本人提出与用人单位解除或终止劳动关系的，由工伤保险基金支付一次性医疗补助金并终结工伤保险关系；
2. 七级至十级伤残职工劳动、聘用合同终止或者依法与用人单位解除劳动关系的，除享受基本养老保险待遇或者死亡情形之外，由工伤保险基金支付一次性医疗补助金并终结工伤保险关系。

### 基本流程

（一）申请：参保单位或领取工伤保险待遇人员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的劳动能力鉴定结论的；

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。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》；
2. 按要求填写的《领取一次性工伤医疗补助金权利义务告知书》；
3. 按要求填写的《一次性医疗补助金告知承诺制告知书》；
4. 解除或终止劳动关系证明；

（五）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）；

（六）工伤职工有效身份证明；

（七）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》

《领取一次性工伤医疗补助金权利义务告知书》

《一次性医疗补助金告知承诺制告知书》

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。 |

####  领取一次性工伤医疗补助金权利义务告知书

|  |  |
| --- | --- |
| 申请人：  | 身份证件号码：  |
| 　　根据《工伤保险条例》、《广东省工伤保险条例》的规定，伤残职工享有以下待遇： |
| 一、五级、六级伤残职工本人提出与用人单位解除或者终止劳动关系的，由工伤保险基金支付一次性工伤医疗补助金，由用人单位支付一次性伤残就业补助金，终结工伤保险关系：　　（一）一次性工伤医疗补助金。标准为：五级伤残为十个月的本人工资，六级伤残为八个月的本人工资。　　（二）一次性伤残就业补助金。标准为：五级伤残为五十个月的本人工资，六级伤残为四十个月的本人工资。 |
| 二、七级至十级伤残职工劳动、聘用合同终止或者依法与用人单位解除劳动关系的（享受基本养老保险待遇或者死亡情形除外），由工伤保险基金支付一次性工伤医疗补助金，由用人单位支付一次性伤残就业补助金，终结工伤保险关系：　　（一）一次性工伤医疗补助金。标准为：七级伤残为六个月的本人工资，八级伤残为四个月的本人工资，九级伤残为二个月的本人工资，十级伤残为一个月的本人工资。　　　　解除或终止劳动关系时间（离职时间）与工伤保险停保时间不一致的，本人同意以在本单位停保时间前十二个月平均月缴费工资为本人工资；本单位缴费未满十二个月的，以实际月数计算平均月缴费工资。　　（二）一次性伤残就业补助金。标准为：七级伤残为二十五个月的本人工资，八级伤残为十五个月的本人工资，九级伤残为八个月的本人工资，十级伤残为四个月的本人工资。 |
| 三、伤残职工未办理领取一次性医疗补助金的，将继续享有工伤复发、原工伤部位继续治疗等条例所规定的待遇。 |
| 四、伤残职工一旦办理领取一次性医疗补助金的，视为该次工伤保险关系终结，我单位将不再对后续有关事宜承担责任。  |
| \*\*市（区）社会保险基金管理局（中心）  |
| 　　 年 月 日 |
|  |
|  |
| **我已详细了解上述内容并同意。** |
| 请在方框内抄写一遍上一行文字： |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 申请人签名（按指印）： 　　 |
| 申请日期： 年 月 日  |
|  |
| （备注：领取一次性工伤医疗补助金权利义务告知书为一份，存档。） |

广东省工伤保险经办业务证明事项

<一次性医疗补助金>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

<一 次 性 医 疗 补 助 金>

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》第一百八十四条规定的证明材料（未享受基本养老保险待遇或者死亡情形的）； |
| 申报待遇项目：一次性工伤医疗补助金 |
| 承诺内容： 1.本人了解《中华人民共和国社会保险法》、《广东省工伤保险条例》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领取一次性医疗补助金的相关规定，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，不存在享受基本养老保险待遇或者死亡等不符合领取一次性工伤医疗补助金规定情形。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》

第一百八十四条规定未享受基本养老保险待遇或死亡等不符合领取一次性

工伤医疗补助金证明材料的情形。