|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **南京市工伤保险待遇申领表** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位全称 | |  | | | | | | | 单位编号 | | | |  | | | | | | |
| 工伤职工姓名 | |  | | | | | | | 移动电话 | | | |  | | | | | | |
| 公民身份号码  (社会保障号） | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 其他证件类型 | |  | | | | | 证件号码 | | |  | | | | | | | | | |
|  | 伤残待遇 | □伤残津贴 □生活护理费 □一次性伤残补助金 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □一次性工伤医疗补助金 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 工亡待遇 | □丧葬补助金 □一次性工亡补助金 □供养亲属抚恤金 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医疗待遇 | □医疗费 □辅助器具费 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受理票据金额（ ） 票据张数（ ） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 供养亲属信息 | 姓名 | 公民身份号码(社会保障号） | | | | | | | | | 供养关系 | | | 是否孤寡老人或孤儿  （勾选√） | | | 移动电话 | | |
|  |  | | | | | | | | |  | | | □ | | |  | | |
|  |  | | | | | | | | |  | | | □ | | |  | | |
|  |  | | | | | | | | |  | | | □ | | |  | | |
|  |  | | | | | | | | |  | | | □ | | |  | | |
| 发放方式： □单位发放 □社保卡发放 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本单位/本人承诺，所填写内容和提供材料真实准确有效，否则承担相应的法律责任。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位（盖章）/承诺人（签名） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**申报医疗费用报销请携带以下材料（原件和复印件）：**

1. 《南京市工伤保险待遇申领表》（单位盖章）；

2. 就诊发票（含收费明细）；

3. 就诊病历；

4. 各类医学检查报告单（如：拍片报告单等）；

5. 住院治疗的提供出院记录（小结）和“住院费用明细”清单（加盖医院公章）；

6. 属于交通事故或民事赔偿的，携带相关法律文书。

**申领一次性伤残补助金请携带以下材料：**

 《南京市工伤保险待遇申领表》（单位盖章）

**申领一次性工伤医疗补助金请携带以下材料：**

《南京市工伤保险待遇申领表》（单位盖章）

**申领一次性工亡补助金及丧葬补助金请携带以下材料：**

《南京市工伤保险待遇申领表》（单位盖章）

**申领1-4级人员定期待遇请携带以下材料：**

《南京市工伤保险待遇申领表》（单位盖章）

**申领供养亲属抚恤金请携带以下材料：**

1. 《南京市工伤保险待遇申领表》（单位盖章）

2. 已审批的《南京市因工死亡职工供养亲属申请表》（收取原件）

受理日期：每月正常工作日（月末两天除外）