**呼和浩特市一次性工伤医疗补助金申请审核表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请  单位 | |  | | | 工伤职工姓名 | | |  | 性别 | |  | 二寸照 |
| 身份  证号 | |  | | | | | | 工伤职工档案号 |  | | |
| 事故  时间 | |  | | 受伤  部位 | |  | | 认定编号 |  | | |
| 鉴定  编号 | |  | | 鉴定  时间 | |  | | 伤残等级 |  | | |
| 用人单位与工伤职工  解除劳动关系日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 一次性工伤医疗补助金 | | 解除或者终止劳动关系时由基金支付的工伤医疗补助金标准：  呼和浩特市上年度月社评工资\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元×\_\_\_\_\_\_个月=\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元。  应支付补助金（大写\_ \_\_拾 \_万\_ \_ \_千\_ \_\_佰\_ \_\_拾\_ \_\_元\_\_\_角）；  备注： | | | | | | | | | | |
| **终止工伤保险关系书面协议**  工伤职工本人已经与用人单位终止劳动关系，领取了由用人单位按《内蒙古自治区工伤保险条例实施办法》（内政发【2014】65号）规定标准的一次性伤残就业补助金。经本人和用人单位申请，由工伤保险基金支付一次性工伤医疗补助金，终止工伤保险关系。工伤职工本人、用人单位、社会保险经办机构三方签字后生效，之后本次工伤终止，不再享受工伤保险待遇。 | | | | | | | | | | | | |
| 工伤职工本人签名（指印）：  年 月 日 | | | 用人单位负责人签字：（单位公章）  年 月 日 | | | | 工伤科签字：  年 月 日 | | | 中心领导签字：  （ 单位印章）  年 月 日 | | |
| 说 明 | 申请补助金需提供的材料：   1. 单位与工伤职工解除或终止劳动关系相关证明材料复印件一份； 2. 单位支付一次性伤残就业补助金协议复印件一份； 3. 单位已支付一次性伤残就业补助金现金签收复印件一份或转账凭据复印件一份； | | | | | | | | | | | |

注：此表一式三份。用人单位、工伤职工、工伤保险经办机构各留存一份。