**呼和浩特市工伤保险参保缴费职工**

**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 |
| 社会保障卡  号码 | |  | | | | | | 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：  呼和浩特市上年度职工月平均工资\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元×\_\_\_\_\_\_个月=\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元。  应支付补助金（大写 \_\_\_\_拾\_\_\_\_万\_\_\_\_\_仟\_\_\_\_\_佰\_\_\_\_\_\_拾\_\_\_\_\_\_元\_\_\_\_\_\_角\_\_\_\_\_\_分）；  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 | 申请一次性工伤医疗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. 单位支付一次性就业补助金协议书复印件一份；   3、网银结算信息资料申报表（一份电子版、二份纸质版）； | | | | | | | | | | | |

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。