工伤保险待遇申领表

单位名称（盖章）： 单位编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | 个人编号 | |  | | 身份证号码 |  | |
| 申领待遇类型 | 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 □康复费 □辅助器具费 □住院伙食费 □交通费 □食宿费 | | | | | | | | |
| 供养亲属信息 | | 姓名 | | 身份证号码 | | 供养关系 | | 是否孤寡老人或孤儿 | 现居住地址 | | 联系电话 |
|  | |  | |  | |  |  | |  |
|  | |  | |  | |  |  | |  |
|  | |  | |  | |  |  | |  |
|  | |  | |  | |  |  | |  |
| 承诺声明 | | 本人对提交材料的真实性负责，愿意承担由此产生的一切法律后果。 | | | | | | | | | |

申领人： 联系电话 申领日期： 年 月 日