

烟台市企业职工工伤保险待遇审批表

单位名称: (章)

单位编号:

填报日期:

年 月 日

姓 名		性 别		出生年月		社会保障号		
身份证号码		发生工伤时间		停工留薪期满时间				
因工死亡时间		鉴定时间		伤残等级	级/ 护理	鉴定(工亡)结论送达时间		
上年全市最低工资标准		上年全市月平均工资		本人伤(亡)前12个月平均缴费工资				
工 伤 保 险 待 遇								
工伤医疗费		伤残津贴		备注:				
一次性伤残补助金		护理费						
一次性工亡补助金		鉴定费						
丧葬补助金		供养亲属抚恤金						
残疾辅助器具费								
合 计(小写)	元	(大写) 拾 万 仟 佰 拾 元 角 分						
供 养 亲 属 情 况								
供养亲属姓名	性别	与工亡职工关系	身份证号码	是否孤身	定期供养抚恤金			
					月抚恤金标准(元)	起领时间	终止时间	终止原因
市医疗保险经办机构审核意见: 以上工伤保险待遇经审核, 同意由工伤保险基金支付。其中, 定期待遇从 年 月开始执行。								
初 审 人:				复 核 人:		(章)		
						年 月 日		

企业经办人:

联系电话: