**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。