附件1

新就业形态人员职业伤害保障费缴费申报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **平台企业名称** | |  | | | **统一社会信用代码（纳税人识别号）** | | |  | | |
| **社会保险经办机构** | |  | | | **社保单位编号** | | |  | | |
| **序号** | **征收项目** | **征收品目** | **征收子目** | **费款所属期起** | **费款所属期止** | **缴费基准额**  **（元/单）** | **费率浮动**  **比例** | **订单总量（单）** | **应缴费额（元）** | **参保人数（人）** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9=6\*7\*8** | **10** |
| 1 | 工伤保险 | 职业伤害保障 | 出行 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | 工伤保险 | 职业伤害保障 | 即时配送 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | 工伤保险 | 职业伤害保障 | 同城货运 |  |  |  |  |  |  |  |
| **合计** | …… | …… | …… | …… | …… | …… | …… | …… | …… | …… |
| **缴费人申明** | 本单位所申报的职业伤害保障费真实、准确并完整。  法定代表人（负责人）（签名）：  年 月 日 | | **授权人申请** | 我单位授权为本单位代理申报人，任何与申报有关的往来文件，都可寄此代理机构。  委托代理合同号：  控权人（盖章）：  年 月 日 | | | **代理人申明** | 本申报表是根据职业伤害保障费有关规定填报。我确认其真实、准确、合法。  代理人（盖章）：  经办人（签字）：  年 月 日 | | |
| **主管税务机关** | |  | | | **受理人** |  | **受理日期** |  | |  |

单位：元/单/人

填报说明：

1．本表由平台企业依照《新就业形态人员职业伤害保障办法（试行）》（以下简称《办法》）和《新就业形态人员职业伤害保障业务经办和征收管理规程（试行）》（以下简称《规程》）相关规定填写并报送接单地省（自治区、直辖市、计划单列市，以下统称省）主管税务机关。

2．费款所属期：填写平台企业在接单地申报缴纳的职业伤害保障费费款所属月份的起始日和终止日。

3．平台企业名称：填写平台企业总部在全国信息平台登记的名称。

4．统一社会信用代码（纳税人识别号）：填写平台企业总部在全国信息平台统一社会信用代码（纳税人识别号）。

5．“社会保险经办机构”指为平台企业在各省办理职业伤害保障参保登记的省级社会保险经办机构名称。

6．“社保单位编号”填写平台企业在各省办理职业伤害保障参保登记时省级社会保险经办机构赋予的编号。该编号依照人力资源和社会保障部《社会保险管理信息系统指标集与代码（LD/T 92—2013）》规定编制。

7．“征收子目”指纳入职业伤害保障的行业类别（包括出行、同城货运、即时配送等）。

8．“缴费基准额”指根据不同行业的职业伤害风险程度确定行业的未浮动的每单标准缴费金额。

9．“费率浮动比例”指社保经办机构根据职业伤害保障费使用、职业伤害发生率等情况，在平台企业所属行业缴费基准额的基础上确定的浮动比例（上下浮动不超过50%）。

10．“订单总量”指在费款所属期内所对应征收子目中符合应缴费订单范围的总单量。

11．“应缴费额”等于“缴费基准额”“费率浮动比例”“订单总量”之积。

12．“参保人数”指费款所属期分行业类别参加职业伤害保障的全部接单人数。

13．表中所有金额单位：元（列至角分）。

14．本表一式二份，一份缴费人留存，一份税务机关留存。

15．缴费人自己办理申报业务的，填写缴费人申明一栏。缴费单位授权代理机构办理申报业务的，代理机构除填写代理人申请一栏外，首次申报时应由缴费人填写授权人申明并盖章，后续办理业务时无需再填写授权人申明。缴费单位变更授权时重新填写授权人申明并盖章。

附件2

职业伤害保障待遇给付申请超期说明

新就业形态人员 ，身份证号： ，于 年 月 日发生事故伤害。根据相关规定，应于 年 月 日前提交职业伤害保障待遇给付申请。但因 原因未能及时提供相关材料，因此申请超期申报。特此说明。

平台企业或平台服务机构（盖章）：

日期： 年 月 日

附件3

职业伤害保障伤残待遇申请表

申请人： 联系电话： 与受伤害新就业形态人员的关系：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 新就业形态人员基本信息 | 姓名 | |  | | | 性别 | | | |  |
| 身份证件类型 | | □居民身份证 □其他 | | | 身份证件号码 | | | |  |
| 个人联系电话 | |  | | | 近亲属姓名及联系电话 | | | |  |
| 职业伤害信息 | 受伤时间 | |  | | | 受伤地点 | | | |  |
| 受伤害部位 | |  | | | 诊断时间 | | | |  |
| 个人银行  账号信息 | □社会保障卡（本省社保卡系统自动关联，不需提供） | | | | | | | | | |
| □其他账号 | 银行 | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_银行 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_支行（分行） | | | | | | |
| 户名 | |  | | | | | | |
| 账号 | |  | | | | | | |
| 平台企业名称 |  | | | | 平台企业服务机构名称 | | | |  | |
| 经办人姓名 |  | | | | 联系电话 | |  | | | |
| 新就业形态人员受伤害经过简述（可附页） | （该栏填写事故发生时间、地点，当时所从事的工作，受伤害原因以及伤害部位和程度。） | | | | | | | | | |
| 申请事项 | 请打“√”确认：  □职业伤害确认  □伤残长期待遇申请  □伤残一次性待遇申请  □零星报销（非联网结算）医疗待遇申请  申请人签名（按指印）：  年 月 日  **●申请死亡待遇的，请直接填报附件4。** | | | | | | | 平台企业/平台服务机构意见：    情况属实，同意申请。  经办人签字：  （公章）    年 月 日 | | |
| 非联网结算  （零星报销）  医疗待遇  申领填报 | 申请：□医疗费用□康复治疗费用□辅助器具配置费用：  票据总金额 元，票据张数 张； | | | | | | | | | |
| 申请人签名（按指印）：  年 月 日 | | | | | | | | | |

附件4

职业伤害保障死亡待遇申请表

申请人： 联系电话： 与伤（亡）新就业形态人员的关系：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 新就业形态人员基本信息 | | | 姓名 | | | |  | | | | 性别 | | | | | |  | |
| 身份证件类型 | | | | □居民身份证 □其他 | | | | 身份证件号码 | | | | | |  | |
| 近亲属姓名 | | | |  | | | | 近亲属联系电话 | | | | | |  | |
| 职业伤害信息 | | | 受伤时间及地点 | | | |  | | | | 死亡时间及地点 | | | | | |  | |
| 受伤害部位 | | | |  | | | | 诊断时间 | | | | | |  | |
| 治疗职业伤害期 | | | | □未确定 □已确定，确定时长： | | | | | | | | | | | |
| 平台企业名称 | | |  | | | | | | | | 平台企业服务机构名称 | | | | | |  | |
| 企业经办人  姓名 | | |  | | | | | | | | 联系电话 | | | | | |  | |
| 新就业形态人员受伤害（亡）  经过简述 | | | （该栏填写事故发生时间、地点，当时所从事的工作，受伤害原因以及伤害部位和程度。） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请事项 | | | **死亡人员近亲属选择事项，请打“√”确认：**  □职业伤害确认  □零星报销（非联网结算）医疗待遇申请  □申领一次性职业伤害死亡补助金  □申领丧葬补助金  □申领供养亲属抚恤金  申请人签名（按指印）：    年 月 日 | | | | | | | | | | | | 平台企业/平台服务机构意见：    情况属实，同意申请。    经办人签字：  （公章）    年 月 日 | | | |
| 非联网结算  （零星报销）  医疗待遇  申领填报 | | | 申请：□医疗费用□康复治疗费用□辅助器具配置费用：  票据总金额 元，票据张数 张；  申请人签名（按指印）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 死亡待遇申领填报 | 一次性职业伤害死亡补助金和丧葬补助金的申领 | | | | 银行 | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_银行\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_支行（分行） | | | | | | | | | | |
| 银行行号 | | |  | | | | | 备注：银行账户为职业伤害死亡新就业形态人员的近亲属共同指定银行账户（账户可视情要求公证） | | | | | |
| 户名 | | |  | | | | |
| 账号 | | |  | | | | |
| **声 明**  1．本人作为死亡人员的近亲属代表，申请领取职业伤害保障死亡待遇，保证将如实告知其他近亲属所享有的权利，依法处分所领取的待遇。因已领取的待遇处分所引发的法律纠纷，由本人负责处理并承担相关法律责任。  2．本人了解《中华人民共和国社会保险法》及相关政策法规关于申领一次性职业伤害死亡补助金和丧葬补助金的规定，代表死亡人员近亲属保证不在本市和外地重复申领丧葬补助金，如有多地重复申领丧葬补助金的行为，本人和其他近亲属愿意承担一切法律责任。  3．本人确认所填写内容和提交资料真实、准确、完整、有效；如有不实，愿意承担一切法律责任。 | | | | | | | | | | | | | |
| 新就业形态人员近亲属签名（按指印）： | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| **供养亲属信息** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 供  养  亲  属 | ① | | 供养亲属姓名 | |  | | | | 性别 | |  | | 身份证号码 | | | |  |
| 与死亡新就业形态人员关系 | |  | | | | 是否孤儿或孤寡老人 | |  | | 联系电话 | | | |  |
| 联系地址 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 账户信息 | | 开户行 银行行号  开户名 银行账户 | | | | | | | | | | | | |
| ② | | 供养亲属姓名 | |  | | | | 性别 | |  | | 身份证号码 | | | |  |
| 与死亡新就业形态人员关系 | |  | | | | 是否孤儿或孤寡老人 | |  | | 联系电话 | | | |  |
| 联系地址 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 账户信息 | | 开户行 银行行号  开户名 银行账户 | | | | | | | | | | | | |
| ③ | | 供养亲属姓名 | |  | | | | 性别 | |  | | 身份证号码 | | | |  |
| 与死亡新就业形态人员关系 | |  | | | | 是否孤儿或孤寡老人 | |  | | 联系电话 | | | |  |
| 联系地址 | |  | | | |  | |  | |  | | | |  |
| 账户信息 | | 开户行 银行行号  开户名 银行账户 | | | | | | | | | | | | |
| **承 诺**  1．本人了解《中华人民共和国社会保险法》《工伤保险条例》《新就业形态人员职业伤害保障办法（试行）》及相关政策法规关于申领供养亲属抚恤金的规定，符合本业务办理条件，即依靠死亡新就业形态人员生前提供主要生活来源，并承诺未在本市和外地重复申领供养亲属抚恤金。  2．本人确认填报和提交的所有信息、资料真实、准确、完整、有效，并授权同意经办机构通过其他部门、机构、企业查询与承诺相关的个人信息，用于核实承诺内容的真实性。  3．本人知悉如作出不实承诺，将被列入社会保险领域严重失信人名单，相关失信信息将在国家、省和市规定的信用门户网站和人力资源社会保障部门官网等媒介公示，并接受由相关部门实施包括限制乘坐飞机、乘坐高等级列车和席次、获得贷款授信，通报批评，公开谴责等在内的跨部门联合惩戒，涉及犯罪的移交司法机关处理。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 供养亲属签名①（按指印）： | | | | | | | | 供养亲属签名②（按指印）： | | | | | | | 供养亲属签名③（按指印）： | | |
| 代办人签名（按指印）： 申请日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

附件5

职业伤害保障待遇垫付情况说明

职业伤害人员 ，身份证号： ，于 年 月 日发生事故伤害，已确认为职业伤害。期间医疗费用由 （平台企业或平台服务机构）垫付 元。双方承诺以上信息真实、有效，现申请将 （姓名）的职业伤害医疗待遇 元支付至 （平台企业或平台服务机构）银行账户： 银行 支行；户名 ；行号 。

职业伤害人员签名（指印）：

平台企业或平台服务机构（盖章）：

日期： 年 月 日

附件6-1

知情同意确认书

关于（受伤害人员姓名： ）（公民身份号码： ）职业伤害保障待遇给付有关申请事项，申请人知晓并同意以下列方式接收职业伤害相关结论：

□1．现场送达（业务窗口自取）

受送达人： 受送达人手机号码：

□2．短信送达，接收送达信息手机号码：

□3．邮寄送达，通讯地址（必填）：

受送达人： 受送达人手机号码：

邮寄送达详细地址： 省 市 县（区）

□4．申请人通过当地人社部门线上服务渠道领取。

已知晓并同意以下事项：

1．上述送达方式申请人已经确认为职业伤害保障待遇给付有关申请事项相关结论的法定送达方式，其中，短信送达方式与其他送达方式具有同等法律效力。

2．如上述受送达人、受送达人手机号码、接收送达信息手机号码、地址等发生变化，申请人在相关业务事项法定办结时限前书面通知业务办理部门的，业务办理部门按书面通知的送达信息送达。

3．因申请人提供的受送达人、受送达人手机号码、接收送达信息手机号码、地址不准确，上述内容变更未及时通知业务办理部门，受送达人本人或者受送达人指定的代收人拒绝签收，他人代收等情形，导致法律文书未能被实际接收的，亦均视为有效送达，由申请人承担一切法律后果。

经办人（签名）： 平台企业（公章）：

年 月 日 年 月 日

注：本知情同意书一式两联，本联由平台企业（平台服务机构）经办人填写。

附件6-2

知情同意确认书

关于（受伤害人员姓名： ）（公民身份号码： ）职业伤害保障待遇给付有关申请事项，申请人知晓并同意以下列方式接收职业伤害相关结论：

□1．现场送达（业务窗口自取）

受送达人： 受送达人手机号码：

□2．短信送达，接收送达信息手机号码：

□3．邮寄送达，通讯地址（必填）：

受送达人： 受送达人手机号码：

邮寄送达详细地址： 省 市 县（区）

□4．申请人通过当地人社部门线上服务渠道领取。

已知晓并同意以下事项：

1．上述送达方式申请人已经确认为职业伤害保障待遇给付有关申请事项相关结论的法定送达方式，其中，短信送达方式与其他送达方式具有同等法律效力。

2．如上述受送达人、受送达人手机号码、接收送达信息手机号码、地址等发生变化，申请人在相关业务事项法定办结时限前书面通知业务办理部门的，业务办理部门按书面通知的送达信息送达。

3．因申请人提供的受送达人、受送达人手机号码、接收送达信息手机号码、地址不准确，上述内容变更未及时通知业务办理部门，受送达人本人或者受送达人指定的代收人拒绝签收，他人代收等情形，导致法律文书未能被实际接收的，亦均视为有效送达，由申请人承担一切法律后果。

新就业形态人员或其近亲属、工会组织、委托代理人（签名）：

年 月 日

注：本知情同意书一式两联，本联由新就业形态人员或其近亲属、工会组织、委托代理人填写。

附件7

职业伤害保障待遇给付申请受理通知书

鄂××××职伤受理

（申请人） ：

我局于 年 月 日收到 提出的关于受伤害人员 （身份证号码： ）的职业伤害保障待遇给付申请。经审查，符合职业伤害保障待遇给付申请受理条件，现予以受理。

（盖章）

年 月 日

注：本结论书一式四份，社会保险行政部门、受伤害人员或其近亲属、平台企业、社会保险经办机构各留存一份。

附件8

职业伤害保障待遇给付申请不予受理通知书

鄂××××职伤不予受理

（申请人） ：

我局于 年 月 日收到 提出的关于受伤害人员 （身份证号码： ）的职业伤害保障待遇给付申请。

经审查：本次申请（不予受理的理由和依据） 依据《湖北省新就业形态人员职业伤害保障实施办法（试行）》第十九条第××项（具体项填写），不符合职业伤害保障待遇给付申请的受理条件，现决定不予受理。

如对本决定不服的，可自接到本结论书之日起60日内向 人民政府申请行政复议，或者六个月内向 人民法院提起行政诉讼。

（盖章）

年 月 日

注：本结论书一式四份，社会保险行政部门、受伤害人员或其近亲属、平台企业、社会保险经办机构各留存一份。

附件9

职业伤害保障待遇给付申请材料一次性补正告知书

鄂××××职伤补编号

（申请人） ：

你（单位）于 年 月 日提出的 （身份证号码： ）职业伤害保障待遇给付申请材料收悉。经审核，其中涉及 申请事项的材料不完整，请你（单位）在收到本告知书之日起10日内补正以下材料：

1. ；
2. ；
3. ；
4. 。

无正当理由在规定时限内不提交补正材料或补正材料仍不完整的，我局将终止本次职业伤害确认工作。特此告知。

联系电话：

联系地址：

（盖章）

年 月 日

附件10-1

职业伤害保障待遇给付申请终止通知书

鄂××××职伤终

（申请人） ：

我局收到受伤害人员 （身份证号码： ）的职业伤害保障待遇给付申请后，于 年 月 日向 （申请人）出具了《职业伤害保障待遇给付申请材料一次性补正告知书》（编号：××××）。因 （申请人）在规定时限内未提交补正材料（或提交补正材料仍不完整），参照国家和本省工伤认定的有关规定，终止本次职业伤害保障待遇给付申请。

本次职业伤害保障待遇给付申请终止后，申请人可在规定时限内重新提出职业伤害保障待遇给付申请。

（盖章）

年 月 日

附件10-2

职业伤害保障待遇给付申请终止通知书

鄂××××职伤终

（申请人） ：

我局收到受伤害人员 （身份证号码： ）的职业伤害保障待遇给付申请后， （申请人）于 年 月 日向我局提出撤销本次职业伤害保障待遇给付申请，参照国家和本省工伤认定的有关规定，终止本次职业伤害保障待遇给付申请。

本次职业伤害保障待遇给付申请终止后，申请人可在规定时限内重新提出职业伤害保障待遇给付申请。

（盖章）

年 月 日

附件11

职业伤害确认结论书

鄂×××职伤确认××××号

申请人：

受伤害人员姓名： 性别： 年龄：

身份证号码：

平台企业名称：

事故时间： 年 月 日

事故地点：

诊断时间： 年 月 日

受伤害部位名称：

受伤害经过、医疗救治的基本情况和诊断结论：

本局 年 月 日受理 的职业伤害保障待遇给付申请（职业伤害确认申请事项）后，根据提交的材料调查核实情况如下：

受到的事故伤害，符合《新就业形态人员职业伤害保障办法（试行）》第十一条第 款第 项之规定，属于职业伤害确认范围，现予以确认为职业伤害。

如对本职业伤害确认结论不服的，可自接到本结论书之日起60日内向 人民政府申请行政复议，或者六个月内向 人民法院提起行政诉讼。

（盖章）

年 月 日

注：本结论书一式四份，社会保险行政部门、受伤害人员或其近亲属、平台企业、社会保险经办机构各留存一份。

附件12

职业伤害不予确认结论书

鄂××××职伤不予确认××××号

申请人：

受伤害人员姓名： 性别： 年龄：

身份证号码：

平台企业名称：

本局 年 月 日收到关于 的职业伤害保障待遇给付申请（职业伤害确认申请事项）后，根据提交的材料调查核实情况如下：

受到的事故伤害，不符合《新就业形态人员职业伤害保障办法（试行）》第十一条确认职业伤害的情形；或者根据《新就业形态人员职业伤害保障办法（试行）》第十一条之规定，属于不得确认为职业伤害的情形。现决定不予确认为职业伤害。

如对本职业伤害确认结论不服的，可自接到本结论书之日起60日内向 人民政府申请行政复议，或者六个月内向 人民法院提起行政诉讼。

（盖章）

年 月 日

注：本结论书一式四份，社会保险行政部门、受伤害人员或其近亲属、平台企业、社会保险经办机构各留存一份。

附件13

劳动能力鉴定申请表

（职业伤害人员劳动能力鉴定）

年 月 日

温馨提示

为使您能够顺利进行劳动能力鉴定，请您仔细阅读以下提示。如遇到困难与问题，请随时与劳动能力鉴定服务人员联系。

一、提出劳动能力鉴定申请，需提交以下材料：

1．有效的诊断证明，按照医疗机构病历管理有关规定复印或者复制的检查、检验报告等完整有效的病历资料;

2．职业伤害人员的居民身份证或者社会保障卡等其他有效身份证明原件。

二、填表请注意以下事项：

1．填表要字迹工整，书面申请请用钢笔、签字笔填写；

2．申请人只需要填写劳动能力鉴定申请表第一页，请准确填写各项信息。

职业伤害人员劳动能力鉴定申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 职 业 伤 害 人 员 信 息 栏 | 职业伤害人员姓名： | | 一寸近期  免冠彩色  照片 |
| 职业伤害确认结论书编号： | |
| 证件类型（请在□内打√，单项选择）  居民身份证□ 社会保障卡□ 其他□  证件号码□□□□□□□□□□□□□□□□□□ | |
| 联系电话（必填一项）： （手机） （手机二） | | |
| 指定送达地址：  指定受送达人： 邮编□□□□□□ | | |
| 平 台 企 业 信 息 栏 | 平台企业名称： | | |
| 平台企业联系人： | | |
| 联系电话：（必填一项）： （手机） （手机二） | | |
| 指定送达地址：  指定受送达人： 邮编□□□□□□ | | |
| 申 报 事 项 信 息 栏 | 申请类型选择（请在□内打√，单项选择）：  □初次鉴定 □再次鉴定 □复查鉴定（初次） □复查鉴定（再次） | | |
| 鉴定类别（请在□内打√选择，仅限初次鉴定选择）：  □1．劳动功能障碍程度等级鉴定；　　　　　□2．生活自理障碍程度等级鉴定；  □3．治疗职业伤害期确认；　　　　　　　　□4．治疗职业伤害期延长确认；  □5．工伤复发的治疗确认； □6．康复性治疗确认；  □7．辅助器具配置确认，申请配置 ；  □8．供养亲属丧失劳动能力程度鉴定 | | |
| 申请主体（请在□内打√，单项选择）：  □1．平台企业 □2．职业伤害人员 □3．近亲属：姓名 ；与职业伤害人员关系 ；身份证件号码： 。□4．社会保险经办机构 | | |
| 本人承诺：以上内容及所附其他材料均真实有效，如有虚假，愿承担相关法律责任。  申请人签名（盖章）：  年 月 日 | 本企业承诺：以上内容及所附其他材料均真实有效，如有虚假，愿承担相关法律责任。  申请单位签字（盖章）：  年 月 日 | |

（注：本页由申请人填写，请准确填写各项信息）

职业伤害人员劳动能力鉴定（结论）表

|  |
| --- |
| 伤情介绍：  1．劳动功能障碍程度经鉴定，符合 （鉴定依据） ，等级为 级。  2．生活自理障碍程度经鉴定下列 项需要护理，等级为 生活自理障碍。  　□进食 □翻身 □大、小便 □穿衣、洗漱 □自主行动  3．治疗职业伤害期确认 经鉴定符合 （鉴定依据） ，确认为 个月。  4．治疗职业伤害期延长确认 经鉴定伤情 稳定，确认在治疗职业伤害期 个月的基础上延长 个月。  5．工伤复发的治疗确认经鉴定确认□属于□不属于《工伤保险条例》第三十八条规定的工伤复发需要治疗。  6．康复性治疗确认 经鉴定 持续性功能障碍， 恢复潜力和康复价值，确认 。  7．辅助器具配置确认经鉴定确认 ，配置 。  8．供养亲属丧失劳动能力程度 经鉴定 ，等级为 丧失劳动能力。  专家组其他意见： 。  专家1： 专家2： 专家3：    专家4： 专家5：  年 月 日 |
| **劳动能力鉴定委员会结论：**  经审定， 鉴定结论为：  □1．劳动功能障碍程度等级鉴定： 级。 □2．生活自理障碍程度等级鉴定： 生活自理障碍。  □3．治疗职业伤害期确认： 个月。　 □4．治疗职业伤害期延长确认： 个月。  □5．工伤复发的治疗确认： 工伤复发需要治疗 。□6．康复性治疗确认： 康复性治疗。  □7．辅助器具配置确认：确认 配置 。  □8．丧失劳动能力程度鉴定： 丧失劳动能力。  审核人签名（印章）：  年 月 日 |

（注：本页劳动能力鉴定委员会留存）

附件14

职业伤害人员劳动能力初次（复查）

鉴定结论书

劳鉴〔 〕 号

被鉴定人

身份证号

平台企业

伤残情况

根据《劳动能力鉴定职工工伤与职业病致残等级》国家标准，经劳动能力鉴定专家组鉴定，你目前的伤残情况，符合 。鉴定结论为 。

对本鉴定结论不服的，可以自收到本鉴定结论书之日起15日内向

省（自治区、直辖市）劳动能力鉴定委员会申请再次鉴定。

×××劳动能力鉴定委员会

年 月 日

注：本鉴定结论书一式四份，受伤害人员、平台企业、社会保险经办机构、劳动能力鉴定委员会各一份。

附件15

职业伤害人员劳动能力再次鉴定结论书

鄂劳鉴〔 〕 号

被鉴定人

身份证号

平台企业

伤残情况

因被鉴定人对××市劳动能力鉴定委员会作出的初次（复查）鉴定结论书（文书编号）不服，向省劳动能力鉴定委员会申请再次鉴定。根据《劳动能力鉴定职工工伤与职业病致残等级》国家标准或（《湖北省工伤职工停工留薪期管理办法》），经鉴定，你目前的伤残情况，符合 。鉴定结论为 。

本鉴定结论为最终结论。

×××劳动能力鉴定委员会

年 月 日

注：本鉴定结论书一式四份，受伤害人员、平台企业、社会保险经办机构、省劳动能力鉴定委员会各一份。

附件16

职业伤害人员配置（更换）辅助器具申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号码 |  |
| 性别 |  | 年龄 |  |
| 职业伤害时间 |  | 伤残部位 |  |
| 联系电话 |  | 联系地址 |  |
| 配置、更换事项（单选）：□首次配置辅具；□更换主要配件；  □配置新的辅具；□辅具使用达到最低使用年限 | | | |
| 配置（更换）辅助器具项目 |  | 使用年限 |  |
| 上次配置时间 |  |
| 辅助器具型号 |  | 配置限额 |  |
| 职业伤害  人员申请 | 本人签字：  年 月 日 | | |
| 辅助器具配置  协议机构意见 | 辅助器具配置协议机构（章）  经办人：  年 月 日 | | |
| 经办机构意见 | 经办机构（章）  经办人：  年 月 日 | | |

附件17

职业伤害医疗费用分割承诺书

本人 受到涉及第三人的职业伤害（职业伤害确认结论书编号：鄂×××职伤确认××××号）， （相关法律文书）确定本人在此事故中应承担 责任（全部\主要\同等\次要\无\未明确），但未确定具体赔偿明细金额。本人现承诺按照《湖北省新就业形态人员职业伤害保障实施办法（试行）》第二十五条规定，分割由工伤基金支付的职业伤害医疗费比例。

签名：

年 月 日

民事伤害赔偿法律文书未确定赔偿比例或第三人支付的医疗费用金额不明确的，在符合工伤保险诊疗项目目录、工伤保险药品目录、工伤保险住院服务标准范围内，按照以下原则分割职业伤害医疗费：

（一）民事伤害赔偿法律文书明确新就业形态人员对事故无责任的，由第三人承担职业伤害医疗费用；

（二）民事伤害赔偿法律文书明确新就业形态人员对事故负有责任的，工伤保险基金按照事故责任认定书中新就业形态人员承担责任的比例支付职业伤害医疗费，全部责任支付100%；主要责任支付70%；同等责任支付50%；次要责任支付30%；

（三）民事伤害赔偿法律文书未明确事故双方当事人责任的，工伤保险基金暂按30%比例支付职业伤害医疗费。

**我本人对所承担责任对应的赔偿比例已知晓，并同意工伤基金按此比例支付本人的职业伤害医疗费。**

附件18

×××人力资源和社会保障局

撤销职业伤害（不予）确认决定书

鄂\*\*\*\*职伤撤销〔年号〕\*\*\*\*\*号

申请人：

受伤害人员姓名： 性别： 年龄：

身份证号码：

岗位或工种：

平台企业名称：

申请人于 年 月 日向我局提交 的职业伤害保障待遇给付申请（职业伤害确认申请事项），我局已于 年 月 日依法受理，作出了《职业伤害（不予）确认决定书》（文书编号），并按照规定程序将决定书送达给受伤害人员及平台企业。因 ，我局决定：

撤销我局于 年 月 日作出《职业伤害（不予）确认决定书》（文书编号）。

如对本决定不服，可自接到本决定书之日起60日内向 人民政府申请行政复议，或者六个月内向 人民法院提起行政诉讼。

（盖章）

年 月 日

注：本决定书一式三份，社会保险行政部门、受伤害人员或者其近亲属、平台企业各留存一份，并抄送劳动能力鉴定机构、社会保险经办机构。

附件19

职业伤害（不予）确认结论书更正通知书

鄂××××职伤更正××××

申请人：

受伤害人员姓名： 性别： 年龄：

身份证号码：

平台企业名称：

申请人于 年 月 日向我局提交 的职业伤害确认申请，我局已于 年 月 日依法受理，作出了《职业伤害（不予）确认结论书》（文书编号），因 ，现将《职业伤害（不予）确认结论书》（文书编号）中“ ”更正为：“ ”。

（盖章）

年 月 日

注：本通知一式三份，社会保险行政部门、受伤害职工或者其近亲属、平台企业各留存一份，并抄送劳动能力鉴定机构、社会保险经办机构。

附件20

待遇申请表申报说明

一、填表说明

1．用钢笔或签字笔填写，字体工整清楚。

2．申请人为平台企业或平台服务机构的，在首页申请人处加盖单位公章。

3．受伤害部位一栏填写受伤害的具体部位。

4．诊断时间一栏，受伤或死亡的，按初诊时间填写。

5．申请事项栏，应勾选受伤害新就业形态人员或者其近亲属、工会组织提出的职业伤害保障待遇给付申请项目，并签字确认。

6．平台企业/平台服务机构意见栏，应签署是否同意申请职业伤害，所填情况是否属实，经办人签字并加盖单位公章。

7．此表一式两份，人力资源社会保障部门、申请人各留存一份。

二、申请职业伤害保障待遇应提交的材料

1．《职业伤害保障伤残待遇申请表》（附件3）；申请时受伤害人员已死亡的，直接填写《职业伤害保障死亡待遇申请表》（附件4）；

2．新就业形态人员的居民身份证或者社会保障卡等其他有效身份证明；

3．事故现场的图片、报警、出警记录等；

4．平台企业提交的新就业形态人员事故发生当日订单执行开始时间、出发地点、结束时间、结束地点、行程轨迹等接单数据（新就业形态人员或者其近亲属等难以提供上述接单数据时，人力资源社会保障行政部门可以通过省级集中系统向全国信息平台申请查询新就业形态人员当天接单数据）；

5．医疗机构出具的受伤后诊断证明或救治记录；

6．新就业形态人员社会保障卡银行账户或者银行卡等支付账户信息；

7．由平台企业（平台服务机构）垫付费用的，提供平台企业（平台服务机构）银行账号和双方确认垫付事实的书面材料（附件5）；

8．《知情同意确认书》（附件6）。

三、需提交的其他材料

1．在执行平台订单任务期间，因履行平台服务内容受到事故伤害、暴力等意外伤害或者发生事故下落不明的，提交公安部门的证明、人民法院生效裁判文书或者其他相关部门的证明；

2．在指定时间前往指定场所接受平台企业常规管理要求，或者在执行平台订单任务返回日常居所的合理路线途中，受到非本人主要责任的交通事故或者城市轨道交通、客运轮渡、火车事故伤害的，提交平台企业常规管理制度和公安机关交通管理部门或者其他相关部门的证明；

3．在执行平台订单任务期间，突发疾病死亡或者在48小时之内经抢救无效死亡的，提交医疗机构的抢救记录及公安机关或医疗机构出具的死亡证明；

4．在抢险救灾等维护国家利益、公共利益活动受到伤害的，提交民政部门等其他相关部门的证明；

5．新就业形态人员原在军队服役、因战、因公负伤致残，已取得革命伤残军人证或者残疾军人证，在平台就业期间因执行平台订单任务旧伤复发的，提交革命伤残军人证或者残疾军人证，及户籍所在地设区的市级以上人民政府退役军人事务部门组织医疗卫生专家小组确认出具的旧伤复发医学鉴定意见等。

本规程规定所需的相关材料可通过信息共享自动获取的，申请人无需重复提交。

四、申请报销职业伤害医疗费、康复费、辅助器具配置费应提交的材料

（一）申报职业伤害医疗（康复）费，应提供以下材料：

1．《职业伤害保障伤残待遇申请表》；

2．收费票据、费用清单、诊断证明、病历资料。

（二）申报职业伤害辅助器具配置费的，应提供以下材料：

1．《职业伤害人员配置（更换）辅助器具申请表》；

2．协议机构出具的发票、费用清单原件；

3．配置辅助器具签收单；

4．职业伤害人员签字确认的配置服务记录；

5．职业伤害人员配置辅助器具前后照片各1张。

**其中，涉及第三人责任的，还应核查以下民事伤害赔偿法律文书：**

1．属于交通事故或者城市轨道交通、客运轮渡、火车事故的，提供公安交通管理部门出具的事故责任认定书、事故民事赔偿调解书或仲裁裁决书；

2．属于遭受暴力伤害的，提供公安机关或司法部门出具的遭受暴力伤害和赔偿的相关法律文书或证明资料；

3．经人民法院判决或者调解的，提供民事判决书或民事调解书等证明资料。

以上涉及公安交通管理部门或者其他部门出具的道路交通事故责任认定书等证明、公安机关出具的遭受暴力伤害证明，能够通过部门间或部门内信息共享获取的，无需重复提供。

五、申领一次性职业伤害死亡补助金和丧葬补助金应提交的材料

1．申请人与新就业形态人员关系证明（结婚证、户口簿、亲属关系公证书、出生医学证明等材料之一）；

2．新就业形态人员死亡证明（居民死亡医学证明书、火化证明、殓葬证、因死亡注销户口证明、法院宣告死亡的生效判决书、我国驻境外使领事馆出具的中文版死亡证明等材料之一）；

3．职业伤害死亡人员待遇领取账号（社会保障卡银行账号等）。

六、申领供养亲属抚恤金应提交的材料

1．申请供养亲属人员与职业伤害死亡人员关系证明（结婚证、户口簿、亲属关系公证书、出生医学证明等材料之一）；

2．申请供养亲属人员的有效身份证明；

3．劳动能力鉴定结论书（完全丧失劳动能力的）；

4．申请供养亲属人员待遇领取账号（社会保障卡银行账号等）；

5．出生医学证明（职业伤害死亡人员有遗腹子女的）。