汶上县因工死亡职工工伤保险待遇审批表

类别： 老工伤 是□ 否□

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | | | | 性别 |  | | | | 身份证号码 | |  | | | | |
| 工亡发生时间 | | | |  | | | | 认定工伤决定书文号 | | | | |  | | | | 认定时间 | |  |
| 因工死亡职工供养亲属情况 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 姓名 | |  | | | | 性别 | |  | | | 是否孤身 | |  | | 供养亲属签字及手印（右食指）： | | 一寸照片 | |
| 身份证号码 | | | |  | | | | 与工亡职工关系 | | | | |  | |
| 联系人 | | | |  | | 联系电话 | | | |  | | | | |
| 居住地详细地址 | | | | |  | | | | | | | | | |
| 2 | 姓名 | |  | | | | 性别 | |  | | | 是否孤身 | |  | | 供养亲属签字及手印（右食指）： | | 一寸照片 | |
| 身份证号码 | | | |  | | | | 与工亡职工关系 | | | | |  | |
| 联系人 | | | |  | | 联系电话 | | | |  | | | | |
| 居住地详细地址 | | | | |  | | | | | | | | | |
| 3 | 姓名 | |  | | | | 性别 | |  | | | 是否孤身 | |  | | 供养亲属签字及手印（右食指）： | | 一寸照片 | |
| 身份证号码 | | | |  | | | | 与工亡职工关系 | | | | |  | |
| 联系人 | | | |  | | 联系电话 | | | |  | | | | |
| 居住地详细地址 | | | | |  | | | | | | | | | |
| 4 | 姓名 | |  | | | | 性别 | |  | | | 是否孤身 | |  | | 供养亲属签字及手印（右食指）： | | 一寸照片 | |
| 身份证号码 | | | |  | | | | 与工亡职工关系 | | | | |  | |
| 联系人 | | | |  | | 联系电话 | | | |  | | | | |
| 居住地详细地址 | | | | |  | | | | | | | | | |
| 用人单位承诺： **我单位提供的所有材料均为真实材料，否则愿承担有关法律责任。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 用人单位意见：  （公章）  经办人：  联系电话：  年 月 日 | | | | | | | | | | 社保经办机构意见：  经审核，同意 同志工伤保险待遇由工伤保险基金支付。其中，支付一次性工亡补助金 元、丧葬补助金 元、医疗费等 元，共计 元；定期待遇从 年 月起按月发放。  业务审核（章）  初审： 　 复核：　　　　　　审批：  年 月 日 | | | | | | | | | |

注：此表由用人单位填写，一式二份，工伤保险处、用人单位各一份。

汶上县工伤保险处 制