

太仓市参保工伤职工与单位终止解除劳动关系后 一次性工伤医疗补助金申请表

工伤职工姓名		个人编号		伤残等级	
公民身份号码			出生年月		
单位编号		单位名称			
职工本人签字	本人已于____年____月____日与____（单位） ☐终止☐解除劳动关系，现申请办理一次性工伤医疗补助金，由原用人单位领取后发放给本人。 签名：_____ 年 月 日				
待遇计算栏					
①本市人口平均预期寿命			②职工解除终止劳动关系时年龄		
				③=①-② (保留小数点后3位)	
④计发标准	☐ 五级	☐ 六级	☐ 七级	☐ 八级	☐ 九级
	1.4个月	1.2个月	1个月	0.8个月	0.4个月
⑤计发基数	元/月		⑥一次性工伤医疗补助金		元
计算公式：⑥=③×④×⑤ （患职业病增发40%）					
用人单位意见（章）		医保经办机构意见			
经办人： 联系电话： 年 月 日		经办人： 年 月 日		审核人： 年 月 日	

说明：1、本表由用人单位与五至十级工伤职工解除或终止劳动关系后申请办理一次性工伤医疗补助金时填写。
2、本表经工伤职工本人签字确认后，由单位持经社保中心盖章确认的《退工备案表》、《工伤认定决定书》、《劳动能力鉴定结论通知书》、工伤职工身份证复印件到医保经办机构办理。
3、本表一式三份，用人单位、工伤职工、医保经办机构各一份