

工伤保险待遇申领表 (表8-4)

单位名称 河北华泰汽车零部件有限公司 单位编号 13098322451 金额单位: 元

个人编号 <u>1309838525956</u>		姓名 <u>董云霞</u>		性别 <u>女</u>	公民身份证号 <u>132930198608023548</u>	
工伤(亡)发生时间 <u>2023.9.25</u>		认定书编号 <u>冀工伤认定字[2023]0925306号</u>		停工留薪期起止日期 <u>2023.9.25 - 2024.3.25</u>		
鉴定书号	鉴定时间	伤残级别	护理等级			
伤前平均缴工资基数		退休日期	解除(终止)劳动关系日期			
上年度全省职工月平均工资		上年度全国城镇居民人均可支配收入				
伤残(亡)待遇						
一次性伤残补助金		伤残津贴		护理费		
一次性医疗补助金		辅助器具配置费		劳动能力鉴定费		
一次性工亡补助金		丧葬补助金				
享受待遇社保卡银行账号				开户行		
供养亲属待遇						
姓名	性别	出生年月	与亡者关系	抚恤金	计发日期	
工伤医疗(康复)待遇						
门诊治疗	医疗机构名称	票据张数				
	医疗费	交通费	市内交通补贴	食宿费		
住院治疗	医疗机构名称 <u>藁河市人民医院</u>	票据张数 <u>1</u>				
	医疗费 <u>3260.53</u>	交通费	市内交通补贴	食宿费	伙食补贴	
涉及第三人责任		法律文书确定赔付额		记账余额		
备注						
单位意见	申领待遇资料属实, 无虚假, 并承诺无克扣工伤待遇和索要手续费、服务费等问题, 如有不实, 由本单位和法人代表承担法律责任。 (章) 经办人 <u>牟群</u> 负责人 _____ 年 ____ 月 ____ 日					
工伤职工(工亡职工近亲属)意见	同意单位申领待遇, 出现任何问题由签字人承担相关责任 签字及联系电话: <u>董云霞 13582473199</u> 年 ____ 月 ____ 日					

工伤保险待遇申领表 (表8-4)

单位名称 河北省华森汽车零部件有限公司 单位编号 13098322451 金额单位: 元

个人编号	<u>1309838525956</u>	姓名	<u>董云霞</u>	性别	<u>女</u>	公民身份证号	<u>132930198608023548</u>
工伤(亡)发生时间		<u>2023.9.25</u>	认定书编号	<u>冀工伤认定字[2023]0925306号</u>		停工留薪期起止日期	
鉴定书号		鉴定时间	伤残级别		护理等级		
工伤(亡)发生前平均缴工资基数		退休日期		解除(终止)劳动关系日期			
上年度全省职工月平均工资			上年年度全国城镇居民人均可支配收入				
伤残(亡)待遇							
一次性伤残补助金		伤残津贴		护理费			
一次性医疗补助金		辅助器具配置费		劳动能力鉴定费			
一次性工亡补助金		丧葬补助金					
享受待遇社保卡银行账号				开户行			
供养亲属待遇							
姓名	性别	出生年月	与亡者关系	抚恤金	计发日期		
工伤医疗(康复)待遇							
门诊治疗	医疗机构名称	<u>冀州市人民医院</u>		票据张数	<u>1</u>		
	医疗费	<u>576.68</u>	交通费	市内交通补贴	住宿费		
住院治疗	医疗机构名称			票据张数			
	医疗费		交通费	市内交通补贴	住宿费	伙食补贴	
涉及第三人责任		法律文书确定赔付额		记账余额			
备注							
单位意见	申领待遇资料属实, 无虚假, 并承诺无克扣工伤待遇和索要手续费、服务费等问题, 如有不实, 由本单位和法人代表承担法律责任。 (章)						
	经办人 <u>董云霞</u>		负责人		年	月	日
工伤职工(工亡职工近亲属)意见	同意单位申领待遇, 出现任何问题由签字人承担相关责任 签字及联系电话: <u>董云霞 13584731199</u>						
	年		月		日		

工伤保险待遇申领表 (表8-4)

单位名称 河北华森汽车零部件有限公司 单位编号 B2098322451 金额单位: 元

个人编号 <u>1409838525956</u>		姓名 <u>董云霞</u>		性别 <u>女</u>	公民身份证号 <u>132930198608023548</u>	
工伤(亡)发生时间 <u>2023.9.25</u>		认定书编号 <u>冀1309253061号</u>		停工留薪期起止日期 <u>2023.9.25 - 2024.3.25</u>		
鉴定书号	鉴定时间	伤残级别		护理等级		
伤前平均缴工资基数		退休日期		解除(终止)劳动关系日期		
上年度全省职工月平均工资			上年年度全国城镇居民人均可支配收入			
伤残(亡)待遇						
一次性伤残补助金		伤残津贴		护理费		
一次性医疗补助金		辅助器具配置费		劳动能力鉴定费		
一次性工亡补助金		丧葬补助金				
享受待遇社保卡银行账号				开户行		
供养亲属待遇						
姓名	性别	出生年月	与亡者关系	抚恤金	计发日期	
工伤医疗(康复)待遇						
门诊治疗	医疗机构名称	<u>黄骅开发区博康医院</u>		票据张数	<u>1</u>	
	医疗费	<u>122</u>	交通费	市内交通补贴	住宿费	
住院治疗	医疗机构名称			票据张数		
	医疗费		交通费	市内交通补贴	住宿费	伙食补贴
涉及第三人责任		法律文书确定赔付额		记账余额		
备注						
单位意见	申领待遇资料属实, 无虚假, 并承诺无克扣工伤待遇和索要手续费、服务费等问题, 如有不实, 由本单位和法人代表承担法律责任。 (章) 经办人 <u>董云霞</u> 负责人 _____ 年 ____ 月 ____ 日					
工伤职工(工亡职工近亲属)意见	同意单位申领待遇, 出现任何问题由签字人承担相关责任 签字及联系电话: <u>董云霞</u> <u>13582473199</u> 年 ____ 月 ____ 日					