省人力资源社会保障厅关于印发

江苏省工伤保险经办管理服务规程的通知

各设区市、县（市、区）人力资源和社会保障局：

为全面贯彻落实《人力资源社会保障部办公厅关于印发工伤保险经办规程的通知》（人社厅发〔2022〕24号）和《省政府办公厅关于江苏省工伤保险省级统筹的实施意见》（苏政办发〔2020〕3号）要求，现将《江苏省工伤保险经办管理服务规程》印发你们，请遵照执行。

江苏省人力资源和社会保障厅

2022年12月30日

（此件依申请公开）

（联系单位：省社会保险基金管理中心）

江苏省工伤保险经办管理服务规程

[第一章　总则 3](#_Toc19251)

[第二章　参保登记 5](#_Toc6853)

[第三章　征缴管理 11](#_Toc14781)

[第四章　费率管理 13](#_Toc7546)

[第五章　工伤医疗、康复与辅助器具配置管理 15](#_Toc13126)

[第六章　专项费用和工伤保险待遇审核支付 20](#_Toc20775)

[第七章　基金管理 36](#_Toc921)

[第八章　稽核管理 39](#_Toc10326)

[第九章　内部控制 43](#_Toc27221)

[第十章　档案管理](#_Toc18213) [46](#_Toc18213)

[第十一章　统计分析 47](#_Toc28155)

[第十二章　权益记录与查询 48](#_Toc4244)

[第十三章　附则](#_Toc13993) [50](#_Toc13993)

第一章　总则

第一条　为做好全省工伤保险省级统筹和经办管理服务工作，规范和统一业务经办流程，依据《中华人民共和国社会保险法》（中华人民共和国主席令第三十五号）、《工伤保险条例》（国务院令第586号）、《人力资源社会保障部办公厅关于印发工伤保险经办规程的通知》（人社厅发〔2022〕24号）、《江苏省实施〈工伤保险条例〉办法》（省政府令〔2015〕第103号）、《省政府办公厅关于江苏省工伤保险省级统筹的实施意见》（苏政办发〔2020〕3号）等有关法律法规，制定本规程。

第二条　本规程适用于社会保险经办机构（以下简称经办机构）、工伤保险服务协议机构（包括医疗机构、康复机构、辅助器具配置机构、工伤预防项目实施单位）、受经办机构委托开展工伤保险服务的其他机构等办理工伤保险业务的活动。

第三条　本规程所指业务包括参保登记，征缴管理，费率管理，工伤医疗、康复与辅助器具配置管理，专项费用和工伤保险待遇支付，基金管理，稽核管理，内部控制，档案管理，统计分析，权益记录与查询等内容。

第四条　工伤保险基金实行省级统筹，在全省范围内实现统一参保范围和参保对象、统一费率政策和缴费标准、统一待遇支付标准、统一经办流程、统一信息系统。

第五条　各级经办机构应深入落实“放管服”改革要求，线上与线下服务相结合，优化经办流程，精减证明材料，缩短办理时限，拓展服务渠道，提高服务质量，确保业务经办规范、便捷、高效、优质。构建以信用为基础的新型经办管理服务模式，推进事前告知承诺，事中开展信用评级和分类监管，事后实施失信联合惩戒。

第六条　各级经办机构通过线上或线下服务渠道办理各项业务，实现线上线下经办服务一体化。

（一）线上经办：江苏省人力资源和社会保障厅网上办事服务大厅（以下简称网办大厅）、政务服务平台、自助服务设备、移动应用程序等；

（二）线下经办：经办机构窗口、政务服务大厅窗口、业务下沉窗口、第三方委托窗口等。

各级经办机构对照高频政务服务事项清单应用场景，积极推进“全程网办”“多地联办”，逐步实现“省内通办”“跨省通办”。

第七条　加强工伤保险业务监管，明确岗位职责，实行岗位权限设置，建立逐级审批制度，强化风险控制，对业务办理实施全程痕迹管理。

各级经办机构按本规程要求设置业务岗位或服务窗口，一般可设置受理、审核、复核、审批等岗位，严格遵循风险防控要求，做到审核、复核等不相容岗位分离。

第八条　依托省人力资源社会保障一体化信息平台（以下简称一体化平台）办理工伤保险业务，业务数据省级集中管理，实现业务流程一体化、服务内容多样化、监督决策智能化，提升管理服务效能，保障基金安全。建立跨部门信息共享机制，实现系统互联互通和数据信息共享。

第九条　统一使用社会保障卡作为参保人员身份凭证，实现工伤保险各业务环节全面应用社会保障卡，推进工伤医疗（康复）费用持卡直接结算，利用社会保障卡银行账户实现工伤保险待遇的社会化发放。

第十条　工伤保险经办实行按月申报核定制度，每月11日至次月6日为工伤保险业务申报期（以下简称申报期），每月7日至10日为工伤保险业务结算期（以下简称结算期）。结算期内各级经办机构暂停办理参保登记、缴费申报、待遇核定等业务，可正常办理用工参保预登记业务。

第二章　参保登记

第一节　用人单位参保登记

第十一条　社会保险登记实行属地管理。经办机构根据市场监督管理等登记证照的核发机关（以下简称登记机关）共享的注册登记信息同步完成社会保险登记，并向登记机关反馈。

登记机关未共享信息的，用人单位应当自成立之日起30日内凭登记证书、单位印章，向当地经办机构申请办理社会保险登记。审核通过的，生成《参保单位信息登记表》（附件1）。

第十二条　经办机构根据登记机关共享的变更信息同步完成社会保险登记信息变更。登记机关未共享变更信息的，用人单位应当于登记事项发生变更的30日内持相关证件、资料、单位印章申请办理变更社会保险登记。审核通过的，生成《参保单位变更登记表》（附件2）。

第十三条　经办机构根据登记机关共享的单位依法终止信息，对参保单位无欠缴社会保险费且无参保人员的，按规定注销社会保险登记；对未能按规定完成注销登记的，从次月起停止生成应征数据，通知参保单位办理人员停保并结清欠费。

登记机关未共享注销信息的，用人单位应当于依法终止的30日内申请办理注销社会保险登记，并提交相关法律文书或其他有关注销文件、单位印章，审核通过的，生成《参保单位注销登记表》（附件3）。

第十四条　首次在我省参加社会保险的人员，办理参保前，采集个人基本信息，填写《个人基础信息登记表》（附件4），办理个人基础信息登记手续。

第十五条　就业登记、社会保险登记、用工登记备案（以下简称用工参保）和退工登记备案、社会保险停保申报（以下简称退工停保）实行联动管理。

第十六条　已完成参保登记的用人单位（以下简称参保单位）应当自用工之日起30日内为职工办理用工参保手续，并提供以下材料：

（一）企业、有雇工的个体工商户等已办理“多证合一”营业执照的用人单位应填写申报《参保单位用工参保登记花名册》（附件5），人力资源服务机构或劳务派遣公司除提供花名册外，还应到经办机构或通过线上方式如实填写用工类型和实际用工单位编号，用工类型或派遣单位发生变化的，应及时进行变更；

（二）国家机关、事业单位、社会团体等用人单位应填写申报《人员参保登记花名册》（附件6）；

（三）在省内就业的外国人，应根据《在中国境内就业的外国人参加社会保险暂行办法》规定提供外国人就业相关证件；

（四）已在香港、澳门、台湾参加当地社会保险，并继续保留社会保险关系的港澳台居民，在我省用人单位工作的，应当提供有效证件参加工伤保险。

第十七条　参保单位自与职工终止或解除劳动关系之日起10日内办理退工停保，并提供《参保单位退工停保登记花名册》（附件7）。

第十八条　参保单位在申报期内未办理用工参保、退工停保的，视作当月缴费对象无变化，经办机构按照上月缴费信息进行结算。

第十九条　参保人员信息发生变更的，参保单位或参保人员应在发生信息变更之日起30日内填报《参保人员信息变更表》（附件8），并提供变更事项的相关材料，经办机构为其办理信息变更手续。

第二十条　用人单位招用非全日制从业人员的，应持非全日制从业人员的劳动合同或劳动关系证明材料至用人单位参保地经办机构办理工伤保险参保登记手续，并按规定办理用工备案手续。无劳动合同的人员，以口头协议约定内容填报劳动用工情况。经办机构应严格审核相关材料，确认是否符合非全日制人员参加工伤保险条件。

第二十一条　非全日制从业人员终止用工后，用人单位应持终止用工相关材料，至用人单位参保地经办机构办理工伤保险关系终止和退工手续。

第二十二条　存在多重劳动关系的从业人员参加工伤保险的，应持劳动合同或劳动关系证明材料至用人单位参保地的经办机构办理工伤保险参保登记手续。

多重劳动关系从业人员应当在其主要就业的一家用人单位（以下简称主用人单位）参加企业职工养老保险、工伤保险和失业保险（以下简称三险），在其他用人单位参加工伤保险。在省外参加三险的人员，应提供相关参保证明材料，经办机构应定期审查其多重劳动关系参保条件。

第二十三条　多重劳动关系从业人员与其主用人单位终止或解除劳动关系并办理退工停保手续的，多重劳动关系终止。

第二十四条　符合《江苏省超过法定退休年龄人员和实习生参加工伤保险办法》适用范围的超过法定退休年龄人员、实习生参加工伤保险要求和所需提供材料从其规定。

第二十五条　符合《江苏省人力资源社会保障厅 江苏省邮政管理局关于做好基层快递网点参加工伤保险工作的通知》适用范围的基层快递网点快递员参加工伤保险要求和所需提供材料从其规定。

第二节　工程建设项目参保登记

第二十六条　工程建设项目办理工伤保险参保登记，指房屋建筑和市政基础设施、铁路（含城市轨道交通）、公路、水运、水利、能源、机场等工程建设项目单位中标或承接工程，不能按用人单位参加工伤保险的工程建设项目用工，至主管部门办理施工合同备案后向项目所在地经办机构申请按项目参加工伤保险，经办机构审核后按规定办理。与建筑项目施工企业建立劳动关系的职工，应按用人单位参加工伤保险。

第二十七条　工程建设项目中标单位（以下简称建设单位）办理工程项目参保时，应向经办机构提供如下材料：

（一）《工程建设项目工伤保险参保登记表》（附件9）；

（二）中标通知书或承接工程通知书；

（三）工程建设施工合同。

以上材料在人社一体化平台与相关部门数据联网后可以通过数据共享获得的，不需要重复提供。

第二十八条　经办机构审核工程建设项目参保登记材料后，根据工程项目总造价和全省统一费率核算出工程项目应缴工伤保险费，按规定传递给税务部门。经办机构根据税务部门反馈的参保单位缴费到账情况，出具《工程建设项目工伤保险参保缴费证明》（附件10）。

第二十九条　工程建设项目工伤保险的开始时间和终止时间以建设单位提交的施工合同载明的开工时间、完工时间为准。办理参保登记手续时已经开工的，经办机构以办理手续时间为开始时间。晚于施工合同载明的开工时间开工的，经办机构根据建设单位提供的施工许可证载明的开工时间作为开始时间。

第三十条　工程建设项目参保登记变更，指工程建设项目工期发生变化、工程总造价发生变化、在开工前取消的或建筑施工总承包单位失去承包资格等情况向经办机构提出工程建设项目参加工伤保险登记变更的申请，经办机构审核后按规定办理变更。

第三十一条　建设单位办理工程项目参保延期或变更时，应向经办机构提交以下材料：

（一）《工程建设项目工伤保险参保登记变更表》（附件11）；

（二）工程建设施工合同（追加工程造价证明材料、工程延期证明材料等）。

经办机构审核材料后，对需要补缴工伤保险费的工程建设项目，核算应补缴的工伤保险费金额，按规定传递给税务部门。

第三十二条　建设单位在办理参保登记手续后，将工程转包、分包或者劳务分包的，总承包单位应及时向经办机构备案。

第三十三条　建设单位应建立职工花名册，对全部施工人员实行动态实名制管理，总承包单位应将用工情况和人员增减变更情况及时通过线上线下方式报送经办机构。

在一体化平台全省各设区市、县（市、区）上线后，已参保的工程建设项目发生事故伤害已认定为工伤但花名册无工伤人员信息的，建设单位应提供用工合同、工伤发生当月及前一个月考勤记录和工资发放记录等资料，经办机构及时办理补录登记。第三十四条　工程建设项目在开工前取消的，或建设项目总承包单位失去承包资格，总承包单位以工程建设项目参保的，可以向办理参保的经办机构申请退还已缴纳的工伤保险费。总承包单位申请退还工伤保险费时，应当提供：

（一）总承包单位申请退费的说明；

（二）缴费发票原件；

（三）《工程建设项目工伤保险参保缴费证明》原件；

（四）发包单位的确认材料；

（五）经过建设主管部门审核的项目，还应提供建设主管部门的确认材料；

（六）法律、行政法规规定的其他材料。

第三章　征缴管理

第三十五条　用人单位在规定时间内以职工本人上一自然年度工资收入为依据申报缴费工资基数，原则上每年申报一次。

第三十六条　用人单位未按规定申报缴费工资基数的，按照上年度缴费工资基数的百分之一百一十确定；用人单位补办申报后，从申报次月起由经办机构按照规定结算。

第三十七条　职工缴费工资基数申报实行承诺制。用人单位应承诺如实申报缴费工资基数，填报《社会保险缴费工资基数申报汇总表》（附件12）、《社会保险缴费工资基数申报明细表》（附件13）。用人单位申报缴费工资基数有误的，应及时填报《社会保险缴费工资基数调整表》（附件14），办理缴费工资基数补申报。

第三十八条　用人单位存在应缴未缴情形的，应填报《社会保险费补缴申请表》（附件15），提供证明补缴期间存续劳动关系的相应文书或材料，按规定办理补缴。

第三十九条　各级经办机构在结算期内根据参保单位申报情况，核定当期各参保单位社会保险费应缴金额，省级经办机构统一生成应征数据。参保单位可通过网办大厅查询打印《社会保险费应缴核定单》（附件16）。

第四十条　对连续三个月未申报、缴纳税收和社会保险费且无法找到地址、无法联系的参保单位，各级经办机构可配合税务部门将其认定为社会保险费非正常户，停止生成应征数据。恢复为社会保险费正常户的，经办机构应补核定应缴金额。

第四十一条　省级经办机构应于每月10日24时前将全省参保单位当期社会保险费应征数据通过社会保险费信息共享平台发送至税务部门。对于即时性应征数据，各级经办机构实时通过社会保险费信息共享平台发送至税务部门。

第四十二条　经办机构应及时、准确记录税务部门反馈的参保单位和参保人员缴费到账信息，通过一体化平台做实时到账处理。

第四章　费率管理

第四十三条　各级经办机构具体负责工伤保险费率（以下简称费率）浮动调整工作实施。省级经办机构负责向各级经办机构提供工伤发生率、支缴率等相关参考数据，各级经办机构根据《江苏省工伤保险费率管理办法》具体负责本行政区域内用人单位费率核定工作。

第四十四条　用人单位费率每两年调整一次。

各级经办机构应于每个浮动费率执行周期开始的上一年度11月15日前通过信息推送或函件告知等方式将确定的浮动费率告知用人单位。用人单位对费率浮动结果有异议的，应在收到或应当收到告知后10个工作日内，向经办机构提出重新核定工伤保险费率的申请，并提供相关材料。经办机构应自收到用人单位申请之日起10个工作日内重新核定，并将重新核定结果和依据告知用人单位。

第四十五条　用人单位在费率浮动周期内费率浮动工作完成前仍按原费率申报每月工伤保险费，在费率浮动工作完成后，改按浮动调整后的费率执行。

第四十六条　各级经办机构根据指标计算周期内用人单位的工伤保险支缴率、工伤发生率等因素，确定该用人单位工伤保险费率。

指标计算周期内非首次参保、有参保缴费记录的用人单位，按指标计算周期内实际缴费月份计算支缴率、工伤发生率。指标计算周期内用人单位首次参保缴费的，不参与当期浮动。

第四十七条　符合阶段性降费的地区，在计算浮动费率时先恢复至行业基准费率，按规定浮动后，继续按照国家和省有关规定执行阶段性降费政策。

第四十八条　费率确认的指标包括：

（一）工伤保险支缴率。指在指标计算周期内，工伤保险基金支付用人单位工伤职工和供养亲属的工伤保险待遇金额与该单位缴纳工伤保险费的比例，工伤保险支缴率=（基金支付的工伤保险待遇金额－不纳入计算金额）÷缴费金额×100%。

其中，缴费金额为指标计算周期内经办机构确定的用人单位应缴工伤保险费金额；指标计算周期内的一次性趸缴的工伤保险费按对应的缴费年度计入到用人单位的缴费金额。

（二）工伤发生率。指在指标计算周期内，用人单位职工经社会保险行政部门认定为工伤的人次与该用人单位平均缴费人数的比例，工伤发生率=（工伤职工人次－不纳入计算人次）÷单位月平均缴费人数。

（三）不纳入计算金额和不纳入计算人次。指属于下列情形之一的，发生的工伤保险费用和工伤职工人次不纳入费率浮动计算范围：职工在抢险救灾等维护国家利益、公共利益活动中受到伤害的；职工原在军队服役，因战、因公负伤致残，已取得革命军人伤残证或残疾军人证，到用人单位后旧伤复发的。

（四）各级经办机构可向当地应急管理等部门了解用人单位安全生产标准化等级情况，确认是否符合享受费率浮动条件。

第四十九条　经办机构根据工伤保险基金收支情况及基金预算执行情况，建立费率浮动效果跟踪分析制度。

第五章　工伤医疗、康复与辅助器具配置管理

第一节　协议管理

第五十条　本章所指协议机构，指全省范围内，与各级经办机构签订服务协议且服务协议在有效期内的医疗、康复、辅助器具配置机构（以下简称工伤保险协议机构）。

第五十一条　工伤保险医疗、康复、辅助器具配置服务实行协议管理方式。省级经办机构负责制定全省统一的工伤保险服务协议范本，并根据政策要求和实际情况动态调整文本条款。各级经办机构可结合本地实际，细化调整范本内容，形成本地化的协议文本，并及时报省级经办机构备案。

各级经办机构应遵循公平、公正、公开的原则，评估确定符合条件的医疗、康复、辅助器具配置机构，签订服务协议，并及时报省级经办机构备案。

第五十二条　经办机构应与签订服务协议的工伤保险协议机构加强沟通，及时告知协议机构有关工伤保险政策及管理制度、操作规程的变化等情况，并开展工伤保险经办政策的宣传、解释与培训。

经办机构应将已签订服务协议的工伤保险协议机构名单及时向社会公布。

第五十三条　经办机构应当按照协议内容开展工伤保险协议机构监督检查，通过日常检查、定期考核、智能监控、信用管理等方式加强对工伤保险协议机构的监管考核，考核结果与费用支付、协议机构退出机制挂钩，并可建立服务对象满意度评价等制度。

如出现协议中规定的需解除协议的情形，提出解除协议的一方应按照协议规定时间通知另一方，并共同做好已收治工伤职工的医疗、康复、辅助器具配置服务。

第二节　工伤医疗管理

第五十四条　职工发生工伤后，应在工伤保险协议机构进行治疗，情况紧急时可以先到就近的医疗机构急救，待伤情稳定后转至工伤保险协议机构继续治疗。

职工在参保地以外发生工伤的，优先选择事故发生地工伤保险协议机构治疗，用人单位要及时向参保地经办机构报告工伤职工的伤情及救治医疗机构情况，待伤情稳定后转回参保地工伤保险协议机构继续治疗。

第五十五条　工伤职工因工伤进行门（急）诊或住院诊疗时，工伤保险协议机构应严格遵守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（以下简称“三目录”）结算费用。对超出“三目录”的相关费用，工伤保险基金不予支付。

第五十六条　没有终结工伤保险关系且有医疗依赖的工伤职工，因工作或生活需要长期居住在参保地以外的，需提前办理长期异地就医申请手续，填报《工伤职工异地居住就医申请表》（附件17），经参保地经办机构备案后，可在长期居住地工伤保险协议机构进行治疗。已实现联网结算的异地居住就医费用，按照就医地规定的标准执行；零星报销的异地居住就医费用，按照参保地规定的标准执行。

第五十七条　工伤职工可在参保地所属设区市内任一工伤协议机构就诊，无需办理转诊转院手续。工伤职工确因参保地所属设区市辖区内协议机构医疗技术、设备条件限制需转设区市以外协议机构治疗的，需填报《工伤职工转诊转院申请表》（附件18），由工伤职工就诊的工伤保险协议机构提出意见，经参保地经办机构备案后，可转外地治疗。已实现联网结算的转外就医费用，按照就医地规定的标准执行；零星报销的转外就医费用，按照参保地规定的标准执行。

第五十八条　工伤职工因工伤复发需要治疗的，由用人单位、工伤职工或者其近亲属提出工伤复发治疗申请，由就诊的工伤保险协议机构提出工伤复发的诊断意见，由参保地经办机构核准后到工伤保险协议机构就医。对工伤复发存在争议的，由参保地劳动能力鉴定委员会评估后确认。

第三节　工伤康复管理

第五十九条　工伤职工因存在肢体、器官功能性障碍或缺陷，可以通过医疗技术、物理治疗、作业治疗、心理治疗、康复护理与职业训练等综合手段，使其达到功能部分恢复或完全恢复并获得就业能力，经办机构应鼓励其进行康复治疗，使其可以尽早重返工作岗位。

第六十条　工伤职工经社会保险行政部门组织劳动能力鉴定专家或者工伤康复专家确认具有康复价值的，应当由签订服务协议的工伤康复机构提出康复治疗方案，报参保地经办机构备案后到签订服务协议的工伤康复机构进行工伤康复。

第六十一条　工伤康复治疗的时间需要延长时，由工伤保险康复服务协议机构提出意见，用人单位、工伤职工或近亲属提出申请，报参保地经办机构批准后继续康复治疗。

第六十二条　工伤职工康复治疗结束后，应由工伤保险协议机构出具工伤康复评估意见。经办机构应对工伤职工康复治疗情况进行跟踪管理。

第四节　辅助器具配置管理

第六十三条　工伤职工认为需要配置辅助器具的，可以向劳动能力鉴定委员会提出辅助器具配置确认申请。工伤职工本人因身体等原因无法提出申请的，可由其近亲属或用人单位代为申请。

工伤职工收到予以配置的确认结论后，由用人单位、工伤职工或近亲属向经办机构提出配置辅助器具申请，经办机构批准后，告知以下事项：

（一）工伤职工应当到协议机构进行配置；

（二）确认配置的辅助器具最高支付限额和最低使用年限；

（三）工伤职工配置辅助器具超目录或者超出限额部分的费用，工伤保险基金不予支付。

第六十四条　辅助器具达到规定的最低使用年限的，工伤职工可以按照规定申请更换。

工伤职工因伤情发生变化，需要更换主要部件或者配置新的辅助器具的，向劳动能力鉴定委员会重新提出确认申请并经确认后，由经办机构按规定支付相关配置费用。

第六十五条　辅助器具配置服务协议机构应当建立工伤职工配置服务档案，并至少保存至服务期限结束之日起两年。经办机构可以对配置服务档案进行抽查，作为结算配置费用的依据之一。

第六十六条　参保地工伤保险辅助器具配置服务协议机构无法提供所需种类的辅助器具的，经报参保地工伤保险经办机构同意，工伤职工可以到其他地区的工伤保险辅助器具配置协议机构配置辅助器具，经办机构按照规定的目录及配置标准核定费用。

第六十七条　经办机构应建立辅助器具工作回访制度，对辅助器具装配的质量和服务进行跟踪检查，并将检查结果作为对辅助器具配置服务协议机构的评价依据。

第六章　专项费用和工伤保险待遇审核支付

第一节　劳动能力鉴定费和工伤预防费支付

第六十八条　经办机构应当根据劳动能力鉴定委员会提供的相关材料，向劳动能力鉴定委员会或其委托的单位或部门直接结算支付劳动能力鉴定费。

第六十九条　工伤事故和职业病预防的宣传和培训项目的遴选、实施、评估验收等费用，列入工伤预防费支出。工伤预防项目费用支付，应严格遵守各项财经管理规定。

工伤预防费的使用实行预算管理。经办机构根据工作需要将工伤预防费列入工伤保险基金年度预算，按照相关规定编制。

第七十条　行业协会和大中型企业等社会组织直接实施的工伤预防项目，由经办机构与其签订服务协议，约定实施工伤预防服务的内容，明确双方的权利和义务等事项。

第七十一条　对确定实施的工伤预防项目，经办机构可以根据服务协议或者服务合同的约定，向具体实施工伤预防项目的社会组织支付30%－70%预付款。

第七十二条　对评估验收合格的工伤预防项目，由经办机构支付余款。具体程序按社会保险基金财务制度等规定执行。

第七十三条　经办机构定期向社会公布工伤预防项目实施情况和工伤预防费用使用情况，接受参保单位和社会各界的监督。

第二节　工伤待遇领取基本要求

第七十四条　用人单位应当为本单位全部职工缴纳工伤保险费。对新录用人员，用人单位应当及时到经办机构办理参保手续。用人单位未参加或者参加工伤保险后中断缴费期间，职工发生工伤的，该工伤职工的各项工伤保险待遇，均由用人单位按照《工伤保险条例》和《江苏省实施〈工伤保险条例〉办法》规定的项目和标准支付。

对本规程第三十三条第二款办理补录登记的工伤人员，经办机构按照规定的项目和标准支付各项工伤保险待遇。

第七十五条　用人单位未参加工伤保险或参加工伤保险后中断缴费期间，职工发生工伤的，用人单位按照规定足额补缴工伤保险费、滞纳金后，职工新发生的工伤医疗费用、工伤康复费用、安装和配置辅助器具费用、住院伙食补助、到统筹地区以外就医的交通、食宿费用、一至四级的伤残津贴、生活护理费、供养亲属抚恤金以及解除或终止劳动人事关系时发给的一次性工伤医疗补助金，由工伤保险基金支付。

第七十六条　职工发生事故伤害或按照职业病防治法规定被诊断、鉴定为职业病，所在单位应当自事故伤害发生之日或被诊断、鉴定为职业病之日起30日内，向参保地社会保险行政部门提出工伤认定申请。遇有特殊情况，经报社会保险行政部门同意，申请时限可以适当延长。用人单位未在规定时限内提交工伤认定申请的，在此期间发生的工伤医疗、工伤康复、辅助器具安装配置、住院伙食补助、到统筹地区以外就医的交通食宿等费用由用人单位承担。

第三节　工伤待遇资格确认

第七十七条　工伤职工及其近亲属、用人单位通过网上或经办机构窗口现场提交工伤保险待遇领取申请后，经办机构应当核查享受待遇人员的条件，并通过全省人社一体化平台获取职工参保缴费、工伤认定、劳动能力鉴定等信息，按规定确认职工领取待遇资格。

第七十八条　供养亲属抚恤金领取资格确认，相关业务经办口径明确如下：

1. 工亡职工（含一至四级工伤职工停工留薪期满死亡）的近亲属在职工死亡时符合供养条件的，享受供养亲属抚恤金待遇；

（二）工亡职工（含一至四级工伤职工停工留薪期满死亡）的近亲属，同时符合领取工伤保险丧葬补助金、供养亲属抚恤金待遇和职工基本养老保险遗属待遇条件的，由近亲属选择领取工伤保险或职工基本养老保险其中一种待遇。

第七十九条　工伤职工有下列情形之一的，停止享受工伤保险待遇：

（一）丧失享受待遇条件的；

（二）拒不接受劳动能力鉴定的；

（三）拒绝治疗的。

第八十条　工伤职工在享受工伤待遇期间被判刑收监的，其工伤待遇仍按照原渠道支付。

第八十一条　工亡职工供养亲属有下列情形之一的，停止享受工伤保险待遇：

1. 年满18周岁且未完全丧失劳动能力的；
2. 就业或参军的；
3. 工亡职工配偶再婚的；
4. 被他人或组织收养的；

（五）死亡的。

工亡职工供养亲属在被判刑收监执行期间，暂停享受抚恤金待遇。刑满释放后仍符合领取抚恤金资格的，按规定的标准享受抚恤金。

第八十二条　经办机构应每年开展一级至四级工伤职工和工亡职工供养亲属（以下简称长期待遇领取人员）领取待遇资格认证工作。经办机构应在核发待遇（含首次）时，告知长期领取待遇人员应每年按规定进行资格认证，认证周期原则上不超过12个月。

经办机构可通过人社一体化平台共享公安、民政、卫健等部门数据核查确认长期待遇领取人员资格状态。对于不能通过数据共享核查或信息比对存疑的，应采取远程自助认证、实地调查等方式确认或核实。对确认不符合待遇领取资格的人员，停止发放长期待遇。

第八十三条　长期待遇领取人员符合停止发放长期待遇条件的，用人单位、工亡职工近亲属或长期领取待遇人员本人应及时向经办机构申请停发，填报《工伤保险待遇停发申请表》（附件19），经办机构核实后及时停发待遇。

第八十四条　因刑满释放等情形恢复待遇领取资格的长期待遇领取人员，本人应向经办机构申请恢复长期待遇，填报《工伤保险待遇恢复申请表》（附件20），经办机构核实后予以恢复待遇。

第四节　工伤医疗（康复、辅助器具配置）待遇审核

第八十五条　职工因工作遭受事故伤害或患职业病进行治疗产生的医疗费用、康复费用、住院伙食补助费用、到统筹地区以外就医所需的交通食宿费用、安装辅助器具的费用，符合规定的从工伤保险基金支付。

第八十六条　经办机构审核医疗、康复、辅助器具配置费用的内容包括：

（一）各项检查、治疗、康复、辅助器具配置是否与工伤部位、职业病病情相符；

（二）是否符合工伤保险“三目录”、工伤康复服务规范、辅助器具配置目录及最高支付限额的规定；

（三）是否符合国家医疗诊疗规范的规定；

（四）康复治疗的手续是否齐全、康复治疗期是否超出批准时限；

（五）是否符合江苏省有关规定。

以上内容经审核不符合规定的，工伤保险基金不予支付。

第八十七条　职工发生工伤后，无第三方责任的医疗费、康复费和辅助器具配置费纳入联网直接结算范围。经办机构应积极推进与工伤保险协议机构的直接联网结算。工伤职工持社会保障卡和有效身份证明到工伤保险协议机构就诊，工伤保险协议机构按照服务协议传送诊疗项目、医疗（康复）费用明细清单等材料，经办机构按规定对诊疗项目、药品明细、费用清单等进行网上审核，符合规定的费用从工伤保险基金中支付。

第八十八条　参保工伤职工未通过直接联网结算医疗、康复、辅助器具配置费用的，可至参保地经办机构办理零星报销，并提供以下资料：

（一）《工伤保险待遇申领表》（附件21）；

（二）工伤医疗、康复、辅助器具配置票据原件或电子发票打印件；

（三）工伤职工病历资料、诊断证明、费用清单等。

工伤职工的《认定工伤决定书》《工伤康复确认通知书》《劳动能力鉴定结论通知书》信息由经办机构通过人社一体化平台从社会保险行政部门数据共享获取。

第八十九条　工伤医疗、康复、辅助器具配置费用的原始票据确有遗失的，可提供由原出具票据的机构加盖单位公章并注明与原件相符的复印件。经办机构应注意发票真伪和重复性核查，避免重复报销。

第九十条　工伤职工领取住院伙食补助费的，住院天数应按照原始票据或住院明细清单列明的天数计算，当天住院并出院的按照1天计算，伙食补助待遇按省统一标准执行。

第九十一条　涉及第三人责任的，经办机构审核工伤待遇时，还应审核以下民事伤害赔偿法律文书：

（一）属于交通事故或城市轨道交通、客运轮渡、火车事故的，需提供事故民事赔偿调解书等赔偿证明材料；

（二）属于遭受暴力伤害的，需提供赔偿证明材料；

（三）经人民法院判决或调解的，需提供民事判决书或民事调解书等材料；

（四）法院裁定终结执行的，需提供裁定终结执行书。

对由于第三人责任造成工伤，原始票据被法院或商业保险公司留存的情形，申请报销需提供法院或商业保险公司加盖印章的原始票据复印件和商业保险公司已赔付金额等证明材料。

第九十二条　涉及第三人责任的工伤医疗费报销，经办机构根据民事伤害赔偿法律文书或赔偿协议确定的医疗费与符合规定的工伤医疗费比较，不足部分予以补足，工伤医疗（康复）费、住院伙食补助费、辅助器具配置费不得重复享受。未确定赔偿比例或第三人赔付的医疗费用金额不明确的，经办机构可要求工伤职工提供其他佐证材料以明确医疗费用分割，无法提供其他佐证材料的按照《工伤医疗涉及第三方支付比例计算表》（附件22）计算待遇金额。

第九十三条　工伤保险辅助器具的维修费用根据工伤职工参保地经办机构与辅助器具配置协议机构签署的《工伤保险辅助器具配置服务协议》处理。在保修期内的，工伤保险基金不予报销维修费用或更换费用；超出保修期但不符合更换辅助器具条件的，维修费用从工伤保险基金中支付。

第九十四条　工伤职工未经参保地经办机构备案擅自异地居住就医产生的医疗费用工伤保险基金不予支付。

第九十五条　转诊转院就医人员一般应选择普通公共交通工具出行，凭原始票据报销。转外就医的交通食宿补助费按照省统一标准执行。工伤职工未向经办机构备案，直接转诊转院发生的工伤医疗等费用，原则上工伤保险基金不予支付。

第九十六条　工伤职工的医疗（康复、辅助器具配置）待遇申领，经办机构自受理起30日内完成审核、复核环节后生成《工伤保险待遇支付表》（附件23）；对不符合待遇领取规定的，出具《不予支付工伤保险待遇决定书》（附件24），告知申请人。

工伤职工的住院医疗费、伙食补助费、转外交通食宿费一般应拨付至工伤职工社会保障卡或银行卡，用人单位经工伤职工同意或工伤职工本人要求变更发放方式的，需向经办机构提交发放方式变更申请。

第五节　伤残待遇审核

第九十七条　职工因工作遭受事故伤害或患职业病经劳动能力鉴定达到伤残等级的，符合规定的一次性伤残补助金、一次性工伤医疗补助金、伤残津贴、生活护理费从工伤保险基金支付。

经办机构根据工伤职工本人工资为基数核定一次性伤残补助金和伤残津贴，根据江苏省按年调整工伤待遇文件有关生活护理标准核定生活护理费，以江苏省统一规定核定一次性工伤医疗补助金。

第九十八条　工伤职工经劳动能力鉴定达到伤残等级的，工伤职工或用人单位应当及时到参保地经办机构申领伤残待遇，填报《工伤保险待遇申领表》。领取一次性工伤医疗补助金的，还需提供解除或终止劳动关系证明。

工伤职工的《认定工伤决定书》《劳动能力鉴定结论通知书》由经办机构通过人社一体化平台从相关部门数据共享获取。

第九十九条　一级至四级工伤职工与原单位保留劳动关系退出工作岗位的，工伤职工达到退休年龄并办理退休手续后，停发伤残津贴，按照国家有关规定享受基本养老保险待遇。基本养老保险待遇低于伤残津贴的，由工伤保险基金补足差额。

已办理退休手续并由工伤保险基金补差的一级至四级工伤人员，养老保险待遇调整额低于伤残津贴调整额的，由工伤保险基金补足差额。

第一百条　工伤职工经再次鉴定，鉴定结论发生变化的，自作出再次鉴定结论的次月起以再次鉴定的结论为依据支付相应待遇。

工伤职工复查鉴定后伤残等级、生活自理障碍等级发生变化的，自作出复查鉴定结论的次月起按复查鉴定结论的等级支付有关待遇，一次性伤残补助金不再调整。

第一百零一条　已领取伤残津贴的工伤职工，因伤情变化复查鉴定伤残等级提高的，按劳动能力复查鉴定结论作出当月的伤残津贴和原伤残等级计发比例，倒推出计发基数，再乘以新的伤残等级计发比例核算新待遇。计算公式为：新伤残津贴=（劳动能力复查鉴定结论作出当月的伤残津贴÷原计发比例）×新计发比例。

第一百零二条　工伤职工在申领伤残待遇后，经劳动能力鉴定，生活自理障碍等级变化的，从作出新的生活自理障碍等级鉴定结论的次月按新标准享受生活护理费。

第一百零三条　工伤职工的伤残待遇申领，经办机构自受理起30日内完成审核、复核环节后生成《工伤保险待遇支付表》；对不符合待遇领取规定的，出具《不予支付工伤保险待遇决定书》，告知申请人。

工伤职工一次性伤残补助金、一次性医疗补助金、伤残津贴、生活护理费原则上应拨付至工伤职工社会保障卡或银行卡，用人单位、工伤职工要求变更发放方式的，需向经办机构提交发放方式变更申请。参保缴费正常的工伤职工伤残津贴、生活护理费自作出劳动能力鉴定结论的次月起计发。

第六节　工伤死亡待遇审核

第一百零四条　职工因工死亡或伤残停工留薪期内因工伤导致死亡的，其近亲属可以按规定享受一次性工亡补助金、丧葬补助金和符合条件的供养亲属抚恤金。经办机构根据职工工伤发生时上年度全国城镇居民人均可支配收入为基数核定一次性工亡补助金；根据职工工伤发生时全省上年度职工月平均工资为基数核定丧葬补助金。

伤残等级为一级至四级的工伤职工，停工留薪期满后死亡的，其近亲属可以按规定享受丧葬补助金和符合供养条件的亲属抚恤金。经办机构根据全省上年度职工月平均工资为基数核定丧葬补助金。

涉及第三人责任的，经办机构根据民事伤害赔偿法律文书或赔偿协议确定的丧葬费用与符合规定的丧葬补助金比较，不足部分予以补足，丧葬费用不得重复享受。

第一百零五条　职工因工死亡的，工伤职工近亲属或用人单位应及时到参保地经办机构填报《工伤保险待遇申领表》，申领工伤保险相关待遇。工亡职工的《认定工伤决定书》通过人社一体化平台从社会保险行政部门通过数据共享获取。

伤残职工在停工留薪期内因工伤导致死亡、一级至四级工伤职工在停工留薪期满后死亡的，其符合领取供养亲属抚恤金条件的近亲属或用人单位应及时到参保地经办机构填报《工伤保险待遇申领表》，申领工伤保险相关待遇。

第一百零六条　因工死亡职工亲属申领供养亲属抚恤金需提供以下材料：

（一）《工伤保险待遇申领表》；

（二）与因工死亡职工关系证明。

以下证明材料，由经办机构通过人社一体化平台从相关部门数据共享获取，无法获取的由工伤职工亲属或用人单位提供相关材料：

（一）认定工伤决定书；

（二）工伤职工劳动能力鉴定结论通知书；

（三）完全丧失劳动能力的提供劳动能力鉴定结论书；

（四）因工死亡职工配偶未再婚证明；

（五）因工死亡职工供养亲属健在证明；

（六）依靠因工死亡职工生前提供主要生活来源的证明；

（七）在校学生提供学校就读证明；

（八）孤儿、孤寡老人提供民政部门相关证明。

其中第（四）（五）（六）（七）项实施告知承诺制度，由近亲属填写并提供《社会保险经办业务证明事项告知承诺书》

（附件25）。

第一百零七条　一级至四级工伤职工在停工留薪期满后死亡的，按照就高原则，以死亡前12个月平均伤残津贴或在工伤发生时前12个月平均月缴费工资为基数计发供养亲属抚恤金。

一级至四级工伤职工在停工留薪期满后死亡的，已享受退休待遇的，以职工死亡前12个月平均基本养老金和养老金工伤保险补差之和为基数计发供养亲属抚恤金。

第一百零八条　职工因工外出期间发生事故或在抢险救灾中造成下落不明的，从用人单位停发工资次月起，供养亲属根据相关文书填报《工伤保险待遇申领表》后向参保地经办机构申领因工死亡待遇的，经办机构审核后可以预支一次性工亡补助金的50%和供养亲属抚恤金。

职工被人民法院宣告死亡的，经办机构按规定核定死亡待遇。

第一百零九条　符合供养条件的因工死亡职工亲属，享受供养亲属抚恤金额合计不得超过因工死亡职工生前本人工资的100%。

一至四级伤残在职职工停工留薪期满后死亡且职工亲属选择工伤保险供养亲属抚恤金待遇的，享受供养亲属抚恤金额合计不得超过职工生前伤残津贴或在工伤发生时前12个月平均月缴费工资的100%。

一至四级伤残退休职工停工留薪期满后死亡且职工亲属选择工伤保险供养亲属抚恤金待遇的，享受供养亲属抚恤金额合计不得超过职工生前基本养老金和养老金工伤保险补差之和的100%。

第一百一十条　因工死亡职工待遇申领，经办机构自受理起30日内完成审核、复核环节后生成《工伤保险待遇支付表》；对不符合待遇领取规定的，出具《不予支付工伤保险待遇决定书》，告知申请人。

因工死亡职工的丧葬补助金、一次性工亡补助金一般应拨付至因工死亡职工近亲属指定的银行账户，账户可视情况要求公证；供养亲属抚恤金应拨付至供养亲属本人的社会保障卡或银行卡。用人单位、工伤职工亲属要求变更发放方式的，需向经办机构提交发放方式变更申请。正常参保缴费的因工死亡职工供养亲属抚恤金自工伤职工死亡的次月起计发。

第七节　特殊情形处理

第一百一十一条　在本省行政区域内，用人单位跨地区变更工伤保险参保登记地，原参保工伤职工随同用人单位变更工伤保险参保登记地并继续参保缴费后新发生的费用，由变更后的工伤保险参保登记地的经办机构按规定支付。

在本省行政区域内，未按规定为职工参加工伤保险的用人单位跨地区变更注册地，该职工申请先行支付的，由提出先行支付申请时用人单位注册地的经办机构负责经办。

第一百一十二条　一级至四级参保工伤职工，达到退休年龄后不符合享受基本养老保险待遇的，由工伤保险基金继续按月支付伤残津贴。

第一百一十三条　退休后经工伤认定并被鉴定为一级至四级的人员，自劳动能力鉴定结论作出次月起，参照一级至四级工伤职工退休后养老保险待遇和工伤保险定期待遇调整方案，参与待遇调整：

（一）曾经从事接触职业病危害作业、当时没有发现罹患职业病、离开工作岗位后被诊断或鉴定为职业病，办理退休手续后未再从事接触职业病危害作业的人员；

（二）已按项目参保等方式参加工伤保险的已经领取基本养老保险金的人员。

上述人员劳动能力鉴定结论作出次月时的基本养老保险金低于退休前12个月平均月缴费工资与伤残津贴系数之积的，经办机构核定补差数额，并由工伤保险基金自劳动能力鉴定结论作出次月起支付补差数额。

本条上述第（一）种情形中的职业病人员，其职业病诊断证明书（或职业病诊断鉴定书）中明确的用人单位，在该职工从业期间未依法为其缴纳工伤保险费的，由用人单位支付差额。

第一百一十四条　对本人工资的含义和算法明确如下：

（一）发生工伤时本人工资，是指工伤职工因工作遭受事故伤害或者被诊断、鉴定为职业病前12个月平均月缴费工资。

（二）难以安排工作时本人工资，是指工伤职工难以安排工作前12个月平均月缴费工资。

（三）工伤复发时本人工资，是指工伤职工工伤复发前12个月平均月缴费工资。

（四）职工因工作遭受事故伤害或被诊断、鉴定为职业病时入职不足12个月的，按照该职工实际发生的月平均缴费工资计算；不足1个月的，按照该职工发生工伤前12个月用人单位职工月平均缴费工资计算。

本人工资高于发生工伤当月江苏省职工平均工资300%的，按照江苏省职工平均工资的300%计算；低于发生工伤当月江苏省职工平均工资60%的，按照江苏省职工平均工资的60%计算。

第一百一十五条　长期领取待遇人员申请变更长期待遇发放账号的，用人单位或长期待遇领取人员本人或近亲属应填写申报《工伤保险待遇发放账户维护申请表》（附件26），经办机构审核后予以变更。

第一百一十六条　领取工伤供养亲属抚恤金的人员就业后，停止享受工伤供养亲属抚恤金待遇。就业后仍领取工伤供养亲属抚恤金的，重复领取的工伤供养亲属抚恤金应予退还。

因工死亡职工的供养亲属参加职工基本养老保险的，在符合领取职工基本养老保险待遇条件时，从领取职工基本养老保险待遇的当月起停止享受工伤供养亲属抚恤金待遇，重复领取的工伤供养亲属抚恤金应予退还。

第一百一十七条　经办机构发现待遇领取人员违规领取工伤保险待遇，应向违规待遇人员出具《社会保险待遇追退告知书》（附件27），并与待遇领取人员或其亲属确认退回方式，生成《工伤保险追退单》（附件28）后，依法依规追回违规领取的待遇。

第七章　基金管理

第一百一十八条　工伤保险基金的会计核算严格执行《社会保险基金财务制度》《社会保险基金会计制度》。

第一百一十九条　经办机构应定期按规定与相关部门进行对账。对账有差异的，各部门按照职责须逐笔查清原因，调整相符。

第一百二十条　工伤保险省级储备金筹集、使用和管理按照《江苏省工伤保险省级储备金管理暂行办法》执行。

第一百二十一条　经办机构在确保工伤待遇支付及储备金留存的前提下，根据工伤预防费的提取比例及使用和管理办法提取工伤预防费，用于开展工伤预防工作，专款专用。

第一百二十二条　经办机构定期根据基金支出计划制定用款计划，送同级财政部门审核，并确认资金到账情况。经办机构对支付凭证审核无误后按规定的程序及时办理支付。

第一百二十三条　对补助下级支出、上解上级支出、其他支出等款项，经办机构根据规定或支付凭证办理划拨或支付。

第一百二十四条　经办机构根据银行支付结果，对支付未成功的，及时查明原因，重新按规定流程办理支付。

第一百二十五条　按照“收支平衡、适当留有结余”的原则，综合考虑统筹地区近年基金预算执行情况，编制下一年度基金预算草案。工伤保险基金预算草案包含收入预算草案与支出预算草案。基金预算草案由经办机构编制，其中收入预算草案由经办机构会同税务机关编制。

第一百二十六条　收入预算草案要与本地区经济社会发展水平相适应，与社会平均工资增长相协调；支出预算草案应严格按照规定的支出范围、项目和标准进行测算，考虑政策、享受待遇人员等影响支出变动因素。

第一百二十七条　统筹地区工伤保险基金预算，由本级社会保险行政部门和财政部门审核汇总后，联合报本级人民政府审定，并做好向本级人大报送的各项工作，审批后的社会保险基金预算分别报上一级社会保险行政部门和财政部门。

统筹地区的经办机构将审批后的基金预算草案报上级经办机构。

第一百二十八条　经办机构应及时分析基金预算执行情况，查明收支变化原因。预算年度终了，应对本年度基金预算执行情况进行分析评估，编制基金预算执行情况报告。

第一百二十九条　基金预算不得随意调整。由于执行中特殊情况需要增加支出或减少收入，与预算偏差较大的，由经办机构提出基金预算调整方案，由本级社会保险行政部门和财政部门审核汇总后，联合报本级人民政府审定，并做好向本级人大报送的各项工作。工伤保险费收入预算调整方案由经办机构会同税务机关提出。

第一百三十条　经办机构根据决算编制工作要求，于年度终了前核对各项收支，清理往来款项，同相关部门对账，并进行年终结账。

第一百三十一条　经办机构按照规定编制年度决算报表，由本级社会保险行政部门和财政部门审核汇总后，联合报本级人民政府审定，并做好向本级人大报送的各项工作。审批后的工伤保险基金决算分别报上一级社会保险行政部门和财政部门。

统筹地区的经办机构将审批后的基金决算草案报上级经办机构。

第一百三十二条　基金省级统收统支按照省政府关于工伤保险省级统筹制度的相关规定稳步推进。

第一百三十三条　各级经办机构应按规定及时编报月度、季度和年度财务报表。

第八章　稽核管理

第一百三十四条　经办机构按照《中华人民共和国社会保险法》（中华人民共和国主席令第三十五号）、《社会保险稽核办法》（中华人民共和国劳动和社会保障部令第16号）、《社会保险数据稽核规程（试行）》（人社厅发〔2019〕119号）等文件要求，组织实施稽核。

第一百三十五条　经办机构设立专门的稽核内控部门，配备专职人员，具体承办稽核工作。省、市级经办机构专职人员不得少于5名，县（区）级经办机构专职人员不得少于2名。经办机构可以委托第三方专业机构协助开展稽核，其经费列入年度预算。

第一百三十六条　省级经办机构负责制定全省稽核工作规划、年度工作目标和任务，组织年度工作考核验收，建立省级稽核人员专家库。

第一百三十七条　各级经办机构负责开展以下工作：

（一）制定并组织辖区内稽核工作年度计划；

（二）指导下级经办机构开展年度稽核工作；

（三）组织开展专项稽核行动；

（四）完成上级交办、举报等重点线索的稽核。

第一百三十八条　经办机构对下列事项进行稽核：

（一）用人单位依法办理工伤保险参保登记情况；

（二）享受工伤保险待遇人员待遇领取情况；

（三）工伤保险协议机构履行协议、执行费用结算项目和标准情况；

（四）特殊行业工伤保险缴费情况；

（五）《社会保险数据稽核规程（试行）》里规定的核查事项；

（六）法律、法规规定的其他事项。

第一百三十九条　经办机构按下列方式进行稽核：

（一）日常稽核。征缴稽核按照筛查规则随机抽取参保缴费单位实施，待遇稽核与领取工伤保险待遇资格认证工作合并实施。

（二）重点稽核。对有关部门转办、上级交办、异地信函协查件和疑似存在未依法办理工伤保险参保登记的用人单位，省外异地居住、高龄等待遇领取人员，未履行协议、未按规定执行费用结算项目和标准的工伤保险协议机构以及内控环节发现的经办高风险疑点数据，实施重点稽核。

（三）举报稽核。根据单位或群众举报，实施举报稽核。根据审核情况，出具《社会保险稽核受理告知书》（附件29）或《社会保险稽核不予受理告知书》（附件30）。

第一百四十条　经办机构按下列程序实施稽核：

（一）确定稽核对象，组成稽核小组。稽核小组一般由两名以上稽核人员组成。

（二）稽核小组提前3个工作日向稽核对象送达《社会保险稽核通知书》（附件31），告知稽核的日期、内容、要求和需要准备的资料等事项。特殊情况可以不事先通知。

（三）稽核小组开展稽核，应当出示相关证件，通过调查、询问等方式对稽核对象的参保登记情况、待遇领取情况或工伤保险协议机构履行协议、执行费用结算项目和标准情况进行核查，查看稽核对象的基本信息、财务报表和相关账册、会计凭证、待遇申报、医疗记录和结算凭证等资料，必要时可以对有关的资料进行记录、照相、复制。

（四）稽核对象法定代表人或书面授权委托人签署《社会保险稽核对象承诺书》（附件32），稽核小组制作询问笔录、列出证据清单，询问对象核对无误后，由稽核小组和稽核对象共同签字确认；拒不签字的，由稽核小组注明拒签原因。

（五）稽核小组在核查结束后5个工作日内向稽核对象送达《社会保险稽核情况告知书》（附件33），稽核对象在10日内书面回复，逾期无回复视为无异议。对稽核对象提出的异议，稽核小组要充分听取，事实、理由和证据成立的，应当采纳。

（六）经稽核发现有违规行为的，稽核对象无异议或逾期未回复的，在回复期限届满后的5个工作日内向其送达《社会保险稽核整改意见书》（附件34）。稽核对象在限定时间内予以改正。

第一百四十一条　经办机构组织实施稽核自送达《社会保险稽核通知书》之日起60个工作日内完成，情况复杂的，可延长30个工作日。

第一百四十二条　经办机构按照《社会保险数据稽核规程（试行）》（人社厅发﹝2019﹞119号）要求，实施数据稽核。

第一百四十三条　有下列情形之一的，经办机构稽核中止：

（一）稽核对象出现下落不明、企业登记法律规定中歇业、终止营业等情况或类似情形的；

（二）稽核对象的会计账簿、医疗文书等被司法机关封存的；

（三）遇有国家政策重大调整或不可抗力因素的；

（四）经办机构认为需要中止的其他情形。

中止稽核的情形消失后，经办机构恢复稽核，中止稽核满三年未恢复的，经办机构不再稽核。

第一百四十四条　有下列情形之一的，经办机构稽核终止：

（一）稽核对象存在企业登记法律规定中被撤销、宣告破产、注销等情况或类似情形的；

（二）举报人和被举报单位均无法提供必要的证据和资料且无法证实违规行为的（包括参保登记、工资收入、单位主体变更后权利义务承受关系、举报人身份证明、劳动关系证明、医疗文书等）；

（三）经办机构认为需要终止的其他情形。

第一百四十五条　稽核对象提供必要的工作条件，并配合稽核人员开展工作。被稽核对象拒绝稽核，或伪造、变造、故意毁灭有关账册、材料物件，经办机构制作《社会保险提请行政处理建议书》（附件35），提请社会保险行政部门依法处罚。

第一百四十六条　稽核对象违规参保，经办机构责令其改正；拒不改正的，经办机构报请社会保险行政部门依法处罚；经办机构发现待遇领取人员违规领取待遇的，立即停止待遇支付并责令退还；拒不退还的，经办机构可以向人民法院提起诉讼或者移交社会保险行政部门依法处理。符合失信行为情形的，按照国家信用管理规定予以处理。构成犯罪的，移交社会保险行政部门，依法追究刑事责任。

第一百四十七条　工伤保险协议机构违反服务协议，以欺诈、伪造证明资料、医疗文书或其他手段骗取基金的，暂停或解除工伤保险协议机构服务协议，涉嫌违法的，报请社会保险行政部门处理。

第九章　内部控制

第一百四十八条　经办机构按照《经办机构内部控制暂行办法》（劳社部发〔2007〕2号）、《人力资源社会保障部办公厅关于加强社会保险经办风险防控工作的通知》（人社厅函﹝2019﹞90号）、《社会保险数据稽核规程（试行）》（人社厅发﹝2019﹞119号）等文件要求，健全工伤保险内控制度，开展本级工伤保险内部控制工作。

第一百四十九条　省级经办机构负责全省工伤保险经办风险防控工作的管理、指导和监督，组织实施对本级和设区市社会保险经办风险防控的监督检查和内部控制评价，对县级进行抽查。设区市经办机构负责对本级和县（区）级社会保险经办风险防控的监督检查和内部控制评价。省级经办机构建立内部控制检查评价专家库。

第一百五十条　经办机构建立以内部控制领导小组为决策层，业务、基金财务、信息系统管理、数据管理、档案管理等部门为执行层，稽核内控部门为组织和监督层的内部控制管理组织体系。严格落实岗位不相容原则，实现事前预防控制、事中核验比对、事后稽核检查全流程管控。

第一百五十一条　经办机构稽核内控部门建立经办风险防控制度和流程，制定年度内部控制工作计划，组织开展本级经办风险防控监督检查工作并编制风险评价报告。经办机构可以委托第三方专业机构协助开展经办风险防控监督检查和内部控制评价，其经费列入年度预算。

第一百五十二条　按照信息系统集中层级，根据风险评估结果梳理风险等级和风险监测预警规则；经办机构内部控制执行层各部门做好各环节的风险识别，风险预警指标的日常监控、风险应对和效果评估等本部门内部控制工作，并对风险预警指标及风险等级等提出更新建议。

第一百五十三条　经办机构对异常和特殊业务进行监控，根据风险等级、风险规则等设定疑点数据筛查频次及范围，定期或不定期筛查疑点数据，并及时接收上级交办、其他部门转办的疑点数据。经办机构对发现的疑点数据开展数据稽核，专项监督检查下达《社会保险稽核通知书》（附件36）和《社会保险稽核事项》（附件37），与检查事项相关的问题可延伸调查。

经办机构应当开展日常及专项监督检查。日常监督检查由内部控制执行层各部门定期接收稽核内控系统下发的疑点数据进行核实，在系统内反馈、整改和上传必要附件，经部门或分管负责人审批后系统中标识核实结果；内部控制监督部门对核实结果进行检查。专项监督检查由省、市经办机构根据上级部署或实际情况，由内部控制监督部门组织实施专项监督检查。专项监督检查内容包括：

（一）内部风险控制制度的制定和执行情况；

（二）核定和执行浮动费率的程序、标准的合规性及准确性；

（三）工伤待遇支付监督包含工伤登记及变动等资料的真实性和完整性，工伤待遇审核支付管理的合规性，工伤待遇项目和标准支付的合法性与准确性；

（四）财务监督包含检查工伤保险基金收入、支出凭证，会计账簿，核对账证是否相符；

（五）工伤保险基金支出的专项经费使用范围、预算、程序、要求是否符合规定；

（六）服务协议机构管理监控包含是否按照规定与工伤保险协议机构签订服务协议、开展医疗监管、对履行服务协议进行考核和监督；

（七）信息系统各业务环节系统权限设置是否合规；

（八）省、市及各级经办机构规定需内部监督的其他内容。

第一百五十四条　经办机构内部控制执行层各部门在业务经办过程中发现风险，应及时报告。同时要建立异常业务审查和纠错机制，对疑点数据进行核查，发现问题及时整改。

第一百五十五条　经办机构稽核内控部门定期或不定期以检查和效能分析结果为依据，适时组织研判风险防控，报送风险报告，重大风险随时报告。内部控制执行层各部门在业务经办过程中发现风险，也应及时报告。

第十章　档案管理

第一百五十六条　各级经办机构按照《社会保险业务档案管理规定（试行）》（人社部令3号）、《机关档案管理规定》（国家档案局第13号令）、《社会保险电子档案管理暂行办法》（人社险中心函〔2020〕16号）要求，对业务材料做好收集、整理、立卷、归档、保管、统计、利用、鉴定销毁、移交等工作，保证业务档案真实、完整、安全和有效。

第一百五十七条　各级经办机构按照业务档案分类方案和档案整理要求，遵循“谁经办谁收集”的原则，实时或定期对应归档的业务材料进行收集、整理。业务材料按照“业务表单在前、审核凭证在后，重要凭证在前、次要凭证在后”的顺序排列。

第一百五十八条　业务档案立卷后定期归集到档案管理部门集中保管。档案管理部门对归集的业务档案，通过业务经办明细核对归档业务材料数目并进行案卷质量审核。检验合格后，与业务部门办理归档交接手续，做到账物相符。

各级经办机构按规定定期将永久和长期保管的业务档案向同级档案管理部门移交。

第一百五十九条　各级经办机构按照相关规定对业务档案进行数字化处理。电子业务材料的收集与纸质业务材料同步，电子业务档案与纸质业务档案具有同等效力。

第一百六十条　基金会计档案包括会计凭证、会计账簿和会计报表等资料。各级经办机构按照《会计档案管理办法》的相关规定管理。

第一百六十一条　各级经办机构定期统计分析业务档案收集整理、归档移交、保管利用等情况，依法依规提供档案信息查询服务，并做好档案信息利用登记。

第一百六十二条　各级经办机构成立业务档案销毁鉴定小组，对达到或超过保管期限的业务档案定期组织销毁鉴定，提出销毁或延长保管期限的意见。经鉴定可以销毁的业务档案，编制销毁清册，按规定销毁。社会保险业务电子档案的销毁参照国家关于档案销毁的有关规定和程序执行。

第十一章　统计分析

第一百六十三条　工伤保险统计包括建立统计台账、编制统计报表、撰写分析报告等内容。省级经办机构制定全省统一的工伤保险统计指标体系、统计数据评估制度，明确统计指标口径，规范统计数据采集、处理、汇总、存储各个环节，实现数据处理的自动化并固化统计结果，做到统计数据可追溯可查询。

第一百六十四条　各级经办机构设立统计部门，配备专职统计人员，负责填报常规统计报表、开展专项统计调查、撰写统计分析报告、管理统计资料等工作。

第一百六十五条　各级经办机构依托一体化平台工伤保险统计报表系统，实现统计报表数据生成、复核、上报全流程电子化管理。生产库数据每月末自动固化，统计数据从生产库固化的有效数据中按规则生成。

第一百六十六条　工伤保险报表由县（市、区）、市、省逐级生成并统计，各级经办机构在规定时间内经主要负责人审批后确认本级统计报表数据。统计指标异常的，同步上报分析说明。

第一百六十七条　各级经办机构根据实际工作需要，充分利用社会保险数据、社会经济数据，通过信息化手段和统计方法，定期开展专项统计分析和统计调查，为政策制订和领导决策提供依据，为精准开展参保扩面、工伤预防、费率调整、待遇调整、基金管理提供支撑。

第十二章　权益记录与查询

第一百六十八条　个人权益记录包括参保人员及其参保单位工伤保险登记和缴费信息、待遇领取信息，其他反映工伤保险个人权益的信息。

第一百六十九条　经办机构通过业务经办、统计、调查等方式获取相关个人权益信息。同时与税务、公安、市场监管、民政、卫健、医疗保障、机构编制等部门的信息进行核对。

第一百七十条　个人权益记录遵循及时、完整、准确、安全、保密的原则，任何单位和个人不得将其用于商业交易或者营利活动，也不得违法向他人泄露。

第一百七十一条　经办机构应为参保单位和个人提供高效便捷的线上线下查询服务。参保单位及参保人员可通过经办机构窗口、网办大厅、自助服务设备、移动应用程序等多种方式查询打印权益记录单。参保职工需要书面查询个人权益记录的，经办机构应按规定提供。

第一百七十二条　参保人员向经办机构查询本人社会保险个人权益记录的，需持本人有效身份证件；参保人员委托他人向经办机构查询本人社会保险个人权益记录的，受托人需持《江苏省社会保险权益记录查询委托书》（附件38）和双方有效身份证件。参保单位或参保人员对个人权益记录存在异议的，可向经办机构提出书面核查申请，并提供相关证明材料。经办机构进行核查，确认有误的，予以更正。

第一百七十三条　有关行政部门、司法机关等因履行工作职责，依法需要查询社会保险个人权益记录的，经办机构按照规定的查询对象和记录项目提供查询。其他申请查询社会保险个人权益记录的单位，向经办机构提出书面申请。经办机构审核后，应予提供的，按照规定程序提供。经办机构应对除参保人员本人及其参保单位以外的其他人员和单位查询社会保险个人权益记录的情况进行登记。

第十三章　附则

第一百七十四条　在中国境内合法就业的外籍人员、港澳台地区居民分别按照《在中国境内就业的外国人参加社会保险暂行办法》和《台湾、香港、澳门居民在内地就业管理规定》等有关规定依法参加工伤保险，相关业务参照本规程经办。

第一百七十五条　江苏省人力资源和社会保障厅负责本规程执行情况的指导、监督、检查和解释。

第一百七十六条　本规程自发布之日起施行。

附件1

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保单位信息登记表 | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 统一社会信用代码 | |  | | | | | |
| 单位编号 | |  | 单位全称 |  | | | |
| 注册地址（住所） | |  | | | | 邮编 |  |
| 通讯地址 | |  | | | | 邮编 |  |
| 登记管理部门 | |  | 单位类别 |  | | 隶属关系 |  |
| 企业信息 | 经济类型 |  | 总机构 |  | | 隶属企业 |  |
| 外商国别/地区 |  | 行业类型 |  | | 行业工伤风险类别 |  |
| 成立日期  （注册日期） |  | | | 营业期限 | |  |
| 机关事业等其他单位信息 | 批准成立单位 |  | 批准成立日期 | |  | 批准文号 |  |
| 单位性质 |  | | 主管部门 | |  | |
| 编制数量 |  | | 其中 | 财政全额拨款编制数 | |  |
| 非财政全额拨款编制数 | |  |
| 经费来源 | □财政全额拨款 □差额拨款 □自收自支 | | | | | |
| 法定代表人或负责人 | 姓名 |  | | | 移动电话 |  | |
| 证件类型 |  | | | 证件号码 |  | |
| 单位  经办人 | 姓名 |  | | | 固定电话 |  | |
| 移动电话 |  | | | 电子邮箱 |  | |
| 开户银行  信息 | 开户银行 |  | | | | | |
| 开户名称 |  | | | | | |
| 银行账号 |  | | | | | |
| 参保登记  情况 | 参保险种 | 参保日期 | | 缴费比例 | | | |
| 企业养老保险 |  | | 共： %，其中单位缴费比例： %，个人缴费比例： % | | | |
| 机关事业养老保险 |  | | 共： %，其中单位缴费比例： %，个人缴费比例： % | | | |
| 失业保险 |  | | 共： %，其中单位缴费比例： %，个人缴费比例： % | | | |
| 工伤保险 |  | | 共： %，其中单位缴费比例： % | | | |
| 本单位承诺，所填写内容和提供材料真实准确有效，并承担相应的法律责任。 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | 单位（盖章） | |
|  | | | | | | 年 月 日 | |
| 经办机构  意见 |  | | | | | 经办机构（盖章）  年 月 日 | |
| 填写说明  1．参保单位根据单位类别选择填写企业信息或机关事业等其他单位信息。  2．统一社会信用代码：按登记证照上的统一社会信用代码填写。  3．注册地址（住所）：与登记证照上的住所一致，由省（自治区、直辖市）、设区市、县（市、区）、道路或者小区、门牌号等组成。  4．登记管理部门：外交、民宗、民政、司法行政、农业、文旅、市场监管、机构编制、工会、其他。  5．单位类别：按市场监管部门（企业、个体工商户、农村专业合作社）、机构编制部门（机关、事业单位、编办直接管理机构编制的群众团体、其他）、民政部门（社会团体、民办非企业单位、基金会、其他）、司法行政部门（律师执业机构、公证处、基层法律服务所、司法鉴定机构、仲裁委员会、其他）等登记管理部门的具体分类填写。  6．隶属关系：中央，省（自治区、直辖市），设区市，县（市、区），街道（镇、乡），居民（村民）委员会，军队，其他。外资企业、港澳台企业、私营企业隶属关系原则上按市场监管部门注册登记地，确定隶属关系。  7．经济类型：按照经济类型分类与代码（GB/T12402-2000）填写。  8．总机构：企业的最高一级机构名称。  9．隶属企业：企业的上一级法人企业名称。  10．外商国别/地区：外商投资国是指外商投资企业控股股东的国家名称，投资地区是指香港、澳门、台湾。  11．行业类型：按照国民经济行业分类与代码（GB/T4754-2017）填写。  12．行业工伤风险类别：按人社和财政等行政管理部门制定的标准自动生成。  13．单位性质：由机关、事业单位填写，按照机关、参照公务员法管理的事业单位、公益一类事业单位、公益二类事业单位、生产经营类事业单位、行政执法类事业单位、尚未分类事业单位、社会团体、军队建制单位、其他单位分类填写。  14．主管部门：机关事业单位上一级管理机构。  15．本表一式两份，由系统生成，参保单位、经办机构各一份。 | | | | | | | |

附件2

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保单位变更登记表 | | | | | | | |
| 单位全称（盖章）： | | | |  | | 单位编号： |  |
| 序号 | 变更事项 | | 变更前信息 | | 变更后信息 | | 备注 |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | | |  | |  |  |
| 单位经办人： |  | 移动电话： | | | | 经办机构（盖章）： 年 月 日 | |

附件3

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保单位注销登记表 | | | | | |
| 统一社会信用代码 | |  | | | |
| 单位全称 |  | | 单位编号 | |  |
| 法定代表人/负责人 | 姓名 |  | 移动电话 | |  |
| 单位经办人 | 姓名 |  | 移动电话 | |  |
| 缴费截止时间 | | 年 月 | | | |
| 注销原因 | |  | 注销日期 | 年 月 日 | |
| 注销文件名称 | |  | | | |
| 本单位承诺，所填写内容和提供材料真实准确有效，并承担相应的法律责任。  单位（盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 经办机构意见 | | 经办机构（盖章）  年 月 日 | | | |

附件4

个人基础信息登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 | | | | |  | | | | | 出生日期 | | | | |  | | | |
| 公民身份证号  （社会保障号） |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |
| 其他证件类型 |  | | | 证件号码 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 国籍/地区 |  | | | 民族 | | | | |  | | | | | 户籍性质 | | | | |  | | | |
| 政治面貌 |  | | | 最高学历 | | | | |  | | | | | 移动电话 | | | | |  | | | |
| 职称 | 专业 | | |  | | | | | 技能（职业资格） | | | | | 专业 | | | | |  | | | |
| 级别 | | |  | | | | | 等级 | | | | |  | | | |
| 户籍地址 | 省 市 县（市区） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居住地址 | 省 市 县（市区） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人承诺，所填写内容和提交材料真实准确有效，否则将承担相应的法律责任。  承诺人（签名）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

说明：

1. 其他证件类型：指非内地居民所持证件，类型包括社会保障卡、外国人永久居留身份证、外国人护照、港澳台居民有效证件。

2. 政治面貌：中共党员、民革党员、民盟盟员、民建会员、民进会员、农工党党员、致公党党员、九三学社社员、台盟盟员、无党派民主人士、群众、其他。

3. 学历：博士研究生、硕士研究生、大学本科、大学专科、中等专科、职业高中、技工学校（技师班、中级工班、高级工班）、高中、初中、小学、其他，以最高学历为准。

4. 国籍/地区:主要指外国人所在国国籍，地区主要指香港、澳门和台湾。

5. 户籍性质：本省城镇、本省农村、外省城镇、外省农村、香港特别行政区居民、澳门特别行政区居民、台湾地区居民、外国人。

6. 职称级别：正高级、副高级、中级、初（助理）级、初（员）级、未定职级。

7. 技能等级（职业资格）：高级技师(职业资格一级)、技师（职业资格二级）、高级工（职业资格三级）、中级工（职业资格四级）、初级工（职业资格五级）。

8. 户籍地址：居民身份证上的住址。

9. 居住地址：居住地详细地址，由设区市、县（市、区）、道路、门牌号或者小区、门牌号等组成。

附件5

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保单位用工参保登记花名册 | | | | | | | | | | | | |
| 单位全称（盖章）： 结算期： 年 月 | | | | | | | |  | | | 单位编号： | |
| 序号 | 个人编号 | 姓名 | 公民身份号码  （社会保障号码） | 从事  岗位 | 劳动（聘用）合同签订情况 | | | 月缴费工资（元） | 服务机构或劳务派遣公司（含民营和公共）用工情况 | | | |
| 合同类型 | 增加原因 | 合同起止日期 | 用工类型 | 实际用工单位编号 | | 实际用工单位全称 |
| 1 |  |  |  |  |  |  | 自20 / / |  |  |  | |  |
| 至20 / / |  |  | |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  | 自20 / / |  |  |  | |  |
| 至20 / / |  |  | |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  | 自20 / / |  |  |  | |  |
| 至20 / / |  |  | |  |
| 单位经办人： 移动电话： | | | | | | | |  | 填报日期： 年 月 日 | | | |
| 说明： | 1．参保单位填写内容和提供材料应真实准确有效，并承担相应的法律责任。 | | | | | | | | | | | |
|  | 2．从事岗位：（1）单位负责人；（2）管理人员；（3）专业技术人员；（4）生产运输操作人员；（5）商业和其他服务业；（6）农林牧渔从业人员；（7）普通员工。 | | | | | | | | | | | |
|  | 3．劳动（聘用）合同类型：（1）固定期限；（2）无固定期限；（3）完成一定工作任务。 | | | | | | | | | | | |
|  | 4．劳动（聘用）合同增加原因：（1）新签；（2）续签。 | | | | | | | | | | | |
|  | 5．人力资源服务机构或劳务派遣公司用工类型：（1）劳务派遣；（2）人力资源外包；（3）项目（工程）外包；（4）人事代理（外包）；（5）本单位员工。 | | | | | | | | | | | |
|  | 6．本表一式两份，用人单位、经办机构各一份。 | | | | | | | | | | | |

附件6

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 人员参保登记花名册 | | | | | | |
| 单位全称（盖章）： | | | |  | 单位编号： | |
| 序号 | 个人编号 | 姓名 | 公民身份号码  （社会保障号码） | 月缴费工资（元） | 开始参保时间 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 单位经办人： 移动电话： | | | |  | 填报日期： 年 月 日 | |
| 说明： | 1．参保单位填写内容和提供材料应真实准确有效，并承担相应的法律责任。 | | | | | |
|  | 2．本表一式两份，参保单位、经办机构各一份。 | | | | | |
|  |  | | | | | |

附件7

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保单位退工停保登记花名册 | | | | | | |
| 单位全称（盖章）： | | | 结算期： 年 月 | |  | 单位编号： |
| 序号 | 个人编号 | 姓名 | 公民身份号码  （社会保障号码） | 劳动（聘用）合同  解除或终止原因 | 劳动（聘用）合同解除或终止日期（年 月 日） | 备注 |
|
| 1 |  |  |  |  | 20 / / |  |
| 2 |  |  |  |  | 20 / / |  |
| 3 |  |  |  |  | 20 / / |  |
| 4 |  |  |  |  | 20 / / |  |
| 5 |  |  |  |  | 20 / / |  |
| 6 |  |  |  |  | 20 / / |  |
| 7 |  |  |  |  | 20 / / |  |
| 8 |  |  |  |  | 20 / / |  |
| 单位经办人： 移动电话： | | | | | 填报日期： 年 月 日 | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 说明： | 1．参保单位填写内容和提供材料应真实准确有效，并承担相应的法律责任。 | | | | |  |
|  | 2．劳动（聘用）合同解除或终止原因：（1）合同期满；（2）单位解除合同；（3）个人解除合同；（4）双方协商一致解除；（5）到达法定退休年龄；（6）出国；（7）服刑；（8）死亡或失踪；（9）企业裁员；（10）企业破产；（11）企业关闭或企业撤销、解散；（12）组织调动。 | | | | | |
|  | 3．本表一式两份，用人单位、经办机构各一份。 | | |  |  |  |

附件8

参保人员信息变更表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位全称（盖章）： 结算期： 年 月 单位编号： | | | | | | | |
| 序号 | 个人编号 | 姓名 | 公民身份号码  （社会保障号码） | 变更事项 | 变更前信息 | 变更后信息 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 单位经办人： 移动电话： 填报日期： 年 月 日 | | | | | | | |

附件9

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 工程建设项目工伤保险参保登记表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位全称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 统一社会信用代码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 单位经办人姓名 |  | | | | | | | 移动电话 | | | |  | | | | | | |
| 承建单位全称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 项目编号 |  | | | | | | 项目名称 | | | | | |  | | | | | |
| 开工日期 |  | | | | | | 竣工日期 | | | | | |  | | | | | |
| 工程造价 |  | | | | | | 工伤费率 | | | | | |  | | | | | |
| 所属区划 |  | | | | | | 用工人数 | | | | | |  | | | | | |
| 承建单位联系人 |  | | | | | | 移动电话 | | | | | |  | | | | | |
| 本单位承诺，所填写内容和提供材料真实准确有效，否则承担相应的法律责任。  单位（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

附件10

工程建设项目工伤保险参保缴费证明

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目编号 ： | |  | | 承建单位编号 ： | |  | |
| 承建单位全称 | |  | | | | 单位（人、元） | |
| 项目名称 | |  | | | | | |
| 开工日期 | |  | | 竣工日期 | |  | |
| 工程造价 | |  | | 工伤费率（%） | |  | |
| 缴费金额 | |  | | 用工人数 | |  | |
|
| 缴费标志 | |  | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  | 经办机构（盖章） | | | |
|  |  |  |  | 年 月 日 | | | |

附件11

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 工程建设项目工伤保险参保登记变更表 | | | | |
| 单位全称（盖章）： | |  | 单位编号： |  |
| 序号 | 变更事项 | 变更前信息 | 变更后信息 | 备注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

单位经办人： 移动电话： 填报日期： 年 月 日

附件12

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 社会保险缴费工资基数申报汇总表 | | | | |
| 年度 | | | | |
| 单位全称 |  | | 单位编号 |  |
| 法定代表人或负责人  姓名 |  | 移动电话 |  | |
| 单位经办人姓名 |  | 移动电话 |  | |
| 通讯地址 | 省 市 县（市、区） | | | |
| 申报情况 | 险 种 | 参保人数（人） | 缴费工资总额（元） | |
| 企业养老保险 |  |  | |
| 失业保险 |  |  | |
| 工伤保险 |  |  | |
| 承诺书 | | | | |
| 我单位承诺在年度缴费工资基数申报过程中所提交的各项材料均符合国家法律法规之规定，完整准确、真实有效。我单位将严格遵守本承诺，接受国家信用管理规定的监管，符合失信行为情形的，按照国家信用管理规定予以处理。  法定代表人  或负责人（签名） 单位（盖章） | | | | |
| 单位经办人（签名） | | 年 月 日 | | |

附件13

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 社会保险缴费工资基数申报明细表 | | | | | | |
| 单位全称（盖章）： | |  | 年 月 日 | | |  |
| 序号 | 个人编号 | 姓名 | 公民身份号码  （社会保障号码）  （社会保障号码） | 缴费工资总额（元） | 个人签字 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 合计 | 人 | | |  | —— |  |

填报说明：

1．缴费工资总额为上一自然年度（1月1日至12月31日）全年工资收入总额，不足12个月折算成12个月的工资收入填报，精确至元。

2．参保单位填报的缴费工资总额应当经职工本人签字认可或向本单位职工公布，接受职工监督。

附件14

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 社会保险缴费工资基数调整表 | | | | | | | | |
| 单位全称（盖章）： | | | 结算期： 年 月 | | | 单位编号： | |  |
| 序号 | 个人编号 | 姓名 | 公民身份号码  （社会保障号码） | | 调整前月基数  （元） | 实际月平均工资  收入（元） | 个人签字 | 备注 |
| 1 |  |  |  | |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  | |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  | |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  | |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  | |  |  |  |  |
| 合计 | 人 | | | | —— | —— | —— |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 单位经办人： 移动电话： 填报日期： 年 月 日 | | | | | | | | |

附件15

社会保险费补缴申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位全称 |  | 单位编号 | |  |
| 职工姓名 |  | 个人编号 | |  |
| 公民身份号码  （社会保障号码） |  | 联系电话 | |  |
| 补 缴 明 细 情 况 | | | | |
| 补缴起止年月 | | 月缴费工资（元） | | 备注 |
| 至 | |  | |  |
| 至 | |  | |  |
| 至 | |  | |  |
| 至 | |  | |  |
| 至 | |  | |  |
| 累计补缴年月 | | 年 月 | | |
| 附 报 材 料 | | | | |
| 附件1 |  | | | |
| 附件2 |  | | | |
| 附件3 |  | | | |
| 附件4 |  | | | |
| 承诺书 | 我单位提供的以上附件材料\_\_\_\_\_件，与原始材料内容完全一致。我单位承诺在申请补缴过程中所提交的各项材料均符合国家法律法规之规定，完整准确、真实有效。  我单位将严格遵守本承诺，接受国家信用管理规定的监管，符合失信行为情形的，按照国家信用管理规定予以处理。  单位经办人： （单位盖章）  手机号码： 年 月 日 | | | |
| 本人  意见 | 签名：  年 月 日 | | 社保经办机构审核意见 | （社保经办机构盖章）  年 月 日 |

说明：1．单位需附报相关法律文书、劳动合同、工资发放财务凭证等原始资料；

2．月缴费工资难以确定的，填写栏目可为空，由社保经办机构按省统一规定确定；

3．补缴起止年月按社保年度逐行填写；

4．此表一式两份，单位、经办机构各一份

附件16

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 社会保险费应缴核定单 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 结算期： 核定流水号： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位全称： |  |  |  | | | | 单位编号： |  | |  | | |  |  | | | 单位：人，元 | | | | |
| 险种 | 缴费基数 | | | | | | | 缴费人数 | | | | | | | | | | | | | |
| 本期基数 | | | | 补缴基数 | | | 上期 | | | | 增加 | | | 减少 | | | | 本期 | | |
| 企业养老保险 |  | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | |
| 工伤保险 |  | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | |
| 失业保险 |  | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | |
| 本月应缴汇总 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 险种 | 缴费金额 | | | | | | | 本期 | | | | | 补缴 | | | | | | | | |
| 合计 | | | 单位缴费 | | 个人缴费 | | 单位缴费 | 个人缴费 | | 人数 | | 单位补缴 | | | 个人补缴 | | 滞纳金 | | | 利息 |
| 企业养老保险 |  | | |  | |  | |  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  |
| 工伤保险 |  | | |  | |  | |  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  |
| 失业保险 |  | | |  | |  | |  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  |
| 其他征收费用 |  | | |  | |  | |  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  |
| 合计 |  | | |  | |  | |  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  |
|  |  |  |  | | | |  |  | | 经办机构（盖章） | | | | | | | | | |  | |
|  |  |  |  | | | |  |  | | 年 月 日 | | | | | | | | | |  | |

附件17

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 工伤职工异地居住就医申请表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 工伤职工姓名 | |  | | | | | | | | | 移动电话 | | | | | |  | | | | | | | |
| 公民身份号码  （社会保障号） | |  |  |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 其他证件类型 | |  | | | | | | 证件号码 | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 单位全称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 工伤发  生时间 |  | 工伤认  定时间 | | | |  | | | | | 工伤认  定编号 | | | | | |  | | | | | | | |
| 伤残部位 |  | 诊断内容 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 异地医疗机构情况 | 异地机构名称 | 级别 | | | | 机构通讯地址 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | 省 市 县（市区） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | 省 市 县（市区） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | 省 市 县（市区） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 用人单位意见 | 单位（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 经办机构意见 | 经办机构（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 说明：其他证件类型是指非内地居民所持证件，类型包括港澳台居民居住证、港澳居民来往内地通行证、台湾居民来往大陆通行证、外国人永久居留身份证、外国人护照。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

附件18

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 工伤职工转诊转院申请表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 工伤职工姓名 |  | | | | | | | 移动电话 | | | |  | | | | | | |
| 公民身份号码  （社会保障号） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 其他证件类型 |  |  |  |  |  |  |  | 证件号码 | | | |  | | | | | | |
| 工伤认定编号 |  | | | | | | | 伤残部位 | | | |  | | | | | | |
| 工伤发生时间 |  | | | | | | | 交通工具 | | | |  |  |  |  |  |  |  |
| 通讯地址 | 省 市 县（市区） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 工伤职工  本人申请 | 本人（签名）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 用人单位意见 | 单位（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 协议医疗机构意见 | 副主任以上医师（签名） 协议机构（盖章）  年 月 日 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 经办机构意见 | 经办机构（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 说明：1．其他证件类型是指非内地居民所持证件，类型包括港澳台居民居住证、港澳居民来往内地通行证、台湾居民来往大陆通行证、外国人永久居留身份证、外国人护照。  2．伤残部位：跖部（距骨、舟骨、跖骨），颅脑，脑，颅骨，头皮，面颌部，眼部，鼻，耳，口，颈部，胸部，腹部，腰部，脊柱，上肢，肩胛部，上臂，肘部，前臂，腕及手，腕，掌，指，下肢，髋部，股骨，膝部，小腿，踝及脚，踝部，跟部，趾，其他。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

附件19

工伤保险待遇停发申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位全称 |  | | | | | | 单位编号 | | | | |  | | | | | | |
| 待遇停发人员  姓名 |  | | | | | | 移动电话 | | | | |  | | | | | | |
| 公民身份号码  （社会保障号） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 其他证件类型 |  | | | | | | 证件号码 | | | | |  | | | | | | |
| 申请人姓名 |  | | | | | | 申请人移动电话 | | | | |  | | | | | | |
| 停发待遇  类型 | □伤残津贴 □生活护理费 □供养亲属抚恤金 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 停发时间 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 停发原因 | □死亡 □满18周岁 □失踪 □再婚 □就业或参军  □被他人或组织收养 □未通过资格认证 □拒绝治疗  □办理退休并领取基本养老金 □拒不接受劳动能力鉴定 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本单位/本人承诺，所填写内容和提供材料真实准确有效，否则承担相应的法律责任。  单位（盖章）/承诺人（签名）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 说明：其他证件类型是指非内地居民所持证件，类型包括港澳台居民居住证、港澳居民来往内地通行证、台湾居民来往大陆通行证、外国人永久居留身份证、外国人护照。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

附件20

工伤保险待遇恢复申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位全称 |  | | | | | | 单位编号 | | | | |  | | | | | | |
| 待遇恢复人员  姓名 |  | | | | | | 移动电话 | | | | |  | | | | | | |
| 公民身份号码  （社会保障号） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 其他证件类型 |  | | | | | | 证件号码 | | | | |  | | | | | | |
| 申请人姓名 |  | | | | | | 申请人移动电话 | | | | |  | | | | | | |
| 恢复待遇  类型 | □伤残津贴 □生活护理费 □供养亲属抚恤金 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请时间 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 恢复原因 | □失踪寻回 □通过资格认证 □刑满释放  □其他原因： | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本单位/本人承诺，所填写内容和提供材料真实准确有效，否则承担相应的法律责任。  单位（盖章）/承诺人（签名）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 说明：其他证件类型是指非内地居民所持证件，类型包括港澳台居民居住证、港澳居民来往内地通行证、台湾居民来往大陆通行证、外国人永久居留身份证、外国人护照。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

附件21

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 工伤保险待遇申领表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位全称 | |  | | | | | | | 单位编号 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 工伤职工姓名 | |  |  |  |  |  |  |  | 移动电话 | | | |  |  | |  |  | |  | |  | |  |
| 公民身份号码  （社会保障号） | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  | |  | |
| 其他证件类型 | |  | | | | | 证件号码 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 申领待遇类型 | 伤残待遇 | □伤残津贴 □生活护理费 □一次性伤残补助金 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □一次性工伤医疗补助金 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 工亡待遇 | □丧葬补助金 □一次性工亡补助金 □供养亲属抚恤金 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医疗待遇 | □医疗费 □康复费 □辅助器具费 □住院伙食费 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □交通费 □食宿费 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 供养亲属信息 | 姓名 | 公民身份号码（社会保障号） | | | | | | | | | 供养  关系 | | | 是否孤寡老人或孤儿（勾选√） | | | | | 移动  电话 | | | | |
|  |  | | | | | | | | |  | | | □ | | | | |  | | | | |
|  |  | | | | | | | | |  | | | □ | | | | |  | | | | |
|  |  | | | | | | | | |  | | | □ | | | | |  | | | | |
|  |  | | | | | | | | |  | | | □ | | | | |  | | | | |
| 本单位/本人承诺，所填写内容和提供材料真实准确有效，否则承担相应的法律责任。  单位（盖章）/承诺人（签名）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 说明：1．其他证件类型是指非内地居民所持证件，类型包括港澳台居民居住证、港澳居民来往内地通行证、台湾居民来往大陆通行证、外国人永久居留身份证、外国人护照。  2．供养关系：配偶，子女，孙子、孙女或外孙子、外孙女，父母，祖父母或外祖父母，兄、弟、姐、妹，其他。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 工伤保险待遇申领表（网报） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位全称 | |  | | | | | | | 单位编号 | | | |  | | | | | | |
| 工伤职工姓名 | |  |  |  |  |  |  |  | 移动电话 | | | |  |  |  |  |  |  |  |
| 公民身份号码  （社会保障号） | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 其他证件类型 | |  | | | | | 证件号码 | | |  | | | | | | | | | |
| 申领待遇类型 | 伤残待遇 | □伤残津贴 □生活护理费 □一次性伤残补助金 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □一次性工伤医疗补助金 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 工亡待遇 | □丧葬补助金 □一次性工亡补助金 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医疗待遇 | □医疗费 □康复费 □辅助器具费 □住院伙食费 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □交通费 □食宿费 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本单位/本人承诺，所填写内容和提供材料真实准确有效，否则承担相应的法律责任。  单位（盖章）/承诺人（签名）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 说明：其他证件类型是指非内地居民所持证件，类型包括港澳台居民居住证、港澳居民来往内地通行证、台湾居民来往大陆通行证、外国人永久居留身份证、外国人护照。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

附件22

工伤医疗涉及第三方支付比例计算表

输入数值包括：

1．交通事故赔偿总额A；

2．交强险赔偿总额B；

3．第三人（含商业险）赔偿总额C；

4．第三人（含商业险）赔偿比例D；

5．医疗费总额E；

6．医疗费中交强险赔偿部分F；

7．医疗费汇总基金不予支付部分G。

输出数值包括：

1．医疗费总额E；

2．民事赔偿H；

3．基金不予支付J；

4．其中可报销工伤医疗费用K。

相关逻辑关系及说明：

1．交通事故赔偿总额A包括丧葬费、死亡补助费、交通费用、残疾赔偿金、残疾辅助器具费、护理费、康复费、交通费、被扶养人生活费、住宿费、误工费、精神损害抚慰金、医疗费、住院伙食补助费、整容费、营养费、财产损失（主要包括车损）等；

2．第三人（含商业险）赔偿总额C为第三者责任险赔偿部分和侵权第三人赔偿部分之和；

3．D=C/（A-B），需要输入A、B、C数据项计算出D数据项，或者直接输入D数据项；

4．H=F+（E-F）\*D；

5．J=（E-F）\*（1-D）\*G/E；

6．K=E-H-J。

附件23

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 工伤保险待遇支付表 | | | | | | | | | | | |
| 工伤职工姓名 | |  | | | | 受理流水号 | |  | | | |
| 公民身份号码  （社会保障号） | |  | | | | | | | | | |
| 其他证件类型 | |  | | | | 证件号码 | |  | | | |
| 单位全称 | |  | | | | 单位编号 | |  | | | |
| 工伤发生时间 | |  | 工伤认定时间 | | |  | 劳动能力鉴定时间 | | | |  |
| 受伤部位 | |  | 伤残等级 | | |  | 护理等级 | | | |  |
| 解除劳动关系时间 | |  | 工亡日期 | | |  | 结算日期 | | | |  |
| 待遇项目 | | 金额（元） | | 发放方式 | | 待遇项目 | | | 金额（元） | | 发放方式 |
| 医疗（康复）费用 | |  | |  | | 辅助器具费用 | | |  | |  |
| 一次性伤残补助金 | |  | |  | | 一次性工伤医疗补助金 | | |  | |  |
| 伤残津贴 | |  | |  | | 护理费 | | |  | |  |
| 补发伤残津贴 | |  | |  | | 补发护理费 | | |  | |  |
| 丧葬补助金 | |  | |  | | 一次性工亡补助金 | | |  | |  |
| 转外交通费 | |  | |  | | 转外食宿费 | | |  | |  |
| 住院伙食补助 | |  | |  | | 劳动能力鉴定费 | | |  | |  |
| 供养  亲属  抚恤金 | 姓名 | 公民身份号码  （社会保障号） | | | 供养  关系 | 享受  比例 | 待遇开始年月 | 月发  金额（元） | | 补发  金额（元） | 发放方式 |
|  |  | | |  |  |  |  | |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  | |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  | |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  | |  |  |
| 审批  机构  意见 | 审批机构（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |

附件24

不予支付工伤保险待遇决定书

苏X工伤不〔2023〕1号

用人单位名称：

统一社会信用代码：

职工姓名：

公民身份号码：

× 年× 月×日（受理时间），××单位为职工××（公民身份号码：）/××（公民身份号码：）以××（单位名称）职工名义（根据申请人不同分情况）向我中心提出××（申请表勾选的工伤待遇名称）工伤保险待遇申请 。

|  |
| --- |
| 不予支付的理由描述 |

如对本决定不服，可在收到本决定书之日起60日内向本级人民政府或上一级社会保险行政部门申请行政复议，或者自收到本决定书之日起六个月内向有管辖权的人民法院提起行政诉讼。

×年×月×日

附件25

社会保险经办业务证明事项告知承诺书

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 移动电话 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 公民身份号码  （社会保障号） | | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| 其他证件类型 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 证件号码 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 通讯地址 | | | \_\_\_\_\_\_省\_\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_县（市区）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 办 理 业 务 情 况 申 报 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1．□丧葬费申领 □直系亲属一次性抚恤费申领 □个人账户申领  \_\_\_\_\_\_\_\_\_（填写姓名）与参保人员\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（填写姓名）关系为 ，参保人员已于\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日去世。去世原因：  （ □因病死亡 □交通事故死亡 □工伤死亡 □其他 ）  2．□遗属抚恤金申领  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（填写姓名）依靠参保人员\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（填写姓名）生前提供主要生活来源，无其他收入。  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（填写姓名）依靠参保人员\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（填写姓名）生前提供主要生活来源，无其他收入。  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（填写姓名）现就读于\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_学校，（自\_\_\_\_年\_\_月至\_\_\_\_年\_\_月）。  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（填写姓名）现就读于\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_学校，（自\_\_\_\_年\_\_月至\_\_\_\_年\_\_月）。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
|
|
|
|
| 告 知 事 项 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1．参保人死亡，由其直系亲属（配偶、子女、父母，祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女、兄弟姐妹）按照《中华人民共和国继承法》等相关法律法规申请领取，如多个继承人均符合领取条件的，申请人应征得其他直系亲属的同意，因待遇分配问题引起的纠纷及相关法律责任由申请人承担。  2．参保人死亡，如在多个统筹区同时存在职工基本养老保险关系的，其申请人不能重复申请领取丧葬抚恤费；如有民事赔偿的，丧葬费、直系亲属一次性抚恤费和遗属抚恤金与民事赔偿按照不重复享受的原则处理，民事赔偿不足的，再按规定补足。  3．参保人死亡，其遗属同时符合领取职工基本养老保险丧葬费、城乡居民基本养老保险 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 告 知 事 项 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 丧葬补助金、工伤保险丧葬补助金和失业保险丧葬补助金条件的，只能选择领取其中一份丧葬补助金或丧葬费。  4．供养直系亲属包括配偶、子女、父母、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女、兄弟姐妹，其中可申请救济费的供属是指依靠参保人生前提供主要生活来源。  5．在职人员的供养直系亲属，应当是参保人死亡前已确认且死亡时仍符合供养条件（人员健在、死亡人员配偶未再婚）；离退休人员的供养直系亲属，应当是离退休人员离退休前已确认且死亡时仍符合供养条件。  6．申请人若有故意隐瞒真实情况、提供虚假承诺或者以其他不正当手段取得相应证明材料等严重违法违规行为的，依法依规进行处理。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 承 诺 内 容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人已认真阅读《社会保险经办业务证明事项告知承诺书》告知内容及其相关规定，对社会保险公共服务事项证明义务和办理条件已充分知晓。在此，本人郑重承诺，已经符合本业务办理条件，填报和提交的所有信息均真实准确完整有效，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信息，用于核实承诺内容的真实性。  经直系亲属协商一致，由本人代为领取参保人丧葬费，直系亲属一次性抚恤费和一次性遗属抚恤金。  同时，知悉本人如作出不实承诺，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“信用中国”、人社门户网站等媒介公示，并报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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
|
|
|
|
| 承诺人  公民身份号码 |  |  | |  |  | |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  | 与申请人关系（勾选） | | | | | | □ 本人  □ 法定监护人 | | | | |
| 本人承诺，所填写的表格内容真实准确有效，否则将承担相应的法律责任。  承诺人（签名）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 说明：1、其他证件类型：指非内地居民所持证件，类型包括港澳台居民居住证、港澳居民来往内地通行证、台湾居民来往大陆通行证、外国人永久居留证、外国人护照。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

附件26

工伤保险待遇发放账户维护申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位全称 |  | | | | | | 单位编号 | | | | |  | | | | | | |
| 申请人姓名 |  | | | | | | 移动电话 | | | | |  | | | | | | |
| 公民身份号码  （社会保障号） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 其他证件类型 |  | | | | | | 证件号码 | | | | |  | | | | | | |
| 账户名称 |  | | | | | | 银行名称 | | | | |  | | | | | | |
| 账 号 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本单位/本人承诺，所填写内容和提供材料真实准确有效，否则承担相应的法律责任。  单位（盖章）/承诺人（签名）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 说明：其他证件类型是指非内地居民所持证件，类型包括港澳台居民居住证、港澳居民来往内地通行证、台湾居民来往大陆通行证、外国人永久居留身份证、外国人护照。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

附件27

社会保险待遇追退告知书

单位全称：　　　　　　　　　　　 单位编号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 个人编号 | | |  | | 姓名 |  |
| 公民身份号码  （社会保障号） | | |  | | | |
| 人员类别 | | |  | | 待遇状态 |  |
| 违规  领取  待遇  情况 | 待遇类别 | | |  | 开始时间 | 年 月 |
| 多领金额（元） | | |  | 结束时间 | 年 月 |
| 多领原因 | | |  | | |
| 退  还  方  式 | □　一次性全额退回（ 　 元）  □　分期退回（本次退回金额 元，剩余部分 元）  □　从定期待遇中逐月抵扣（ 元）  □　从个人账户余额抵扣（ 元）  □　从遗属待遇中抵扣（ 　　元） | | | | | |
| 承诺人姓名 | |  | | | 移动电话 |  |
| 公民身份号码  （社会保障号码） | |  | | | | |
| 通讯地址 | | 省 市 县（市区） | | | | |
| 告 知 事 项 | | | | | | |
| 1．离退休人员死亡的，从次月起停发基本养老金。  2．退休人员被判处拘役、有期徒刑及以上刑罚的，服刑期间停发基本养老金。  3．参保人员重复领取职工基本养老保险待遇（包括企业职工基本养老金、生活费和机关事业单位基本养老金，以下简称职保待遇）的，本人如不予退还，从被清理的基本养老保险个人账户余额中抵扣，个人账户余额不足以抵扣的，按继续领取职保待遇的20%（每月抵扣金额不低于200元）逐月进行抵扣。  4．参保人员重复领取职保待遇和城乡居保待遇的，本人如不予退还，从其城乡居民基本养老保险个人账户余额或其继续领取的职保待遇中抵扣，城乡居民基本养老保险个人账户余额不足以抵扣的，按继续领取职保待遇的20%（每月抵扣金额不低于200元）逐月进行抵扣。  5．因工死亡职工的供养亲属重复领取职保待遇和工伤供养亲属抚恤金待遇的，本人如不予退还，按继续领取职保待遇的20%（每月抵扣金额不低于200元）逐月继续抵扣。  6．因工死亡职工的供养亲属重复领取职保待遇和工伤供养亲属抚恤金待遇且选择保留工伤供养亲属抚恤金待遇的，本人如不予退还重复领取的待遇，从被清理的职工基本养老保险个人账户余额中抵扣，不够抵扣的，按工伤供养亲属抚恤金的20%（每月抵扣金额不低于200元）逐月继续抵扣。  7．重复领取职保待遇与一级至四级工伤职工伤残津贴的，本人如不予退还，从继续领取职保待遇的20%（每月抵扣金额不低于200元）逐月继续抵扣。  8．抵扣期间死亡的，其重复领取待遇未抵扣完的部分，从职工基本养老保险个人账户余额和遗属待遇中予以抵扣，不够抵扣的部分由其遗产继承人负责从继承的遗产中退还，退还金额以遗产实际价值为限。  9．参保人员死亡后其遗属重复领取工伤保险丧葬补助金、职工遗属待遇、城乡居民基本养老保险丧葬补助金和失业保险丧葬补助金的，经社会保险经办机构通知后，遗属应在1个月内退还。 | | | | | | |
| 承 诺 内 容 | | | | | | |
| 本人已认真阅读以上内容及相关规定，承诺将按照此退还方式及时（或定期）退回社会保险待遇，接受国家信用管理规定的监管，符合失信行为情形的，按照国家信用管理规定予以处理。    承诺人（签名）  年 月 日 | | | | | | |

附件28

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 工伤保险追退单 | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | 流水号： |  | |
| 姓名 |  | | | 社会保障号 |  | | |
| 单位名称 |  | | | 单位编号 |  | | |
| 追退原因 | 多领待遇追回 | | | | | | |
| 社 会 保 险 待 遇 追 退 情 况 | | | | | | | |
| 追回待遇名称 | |  | | | | | |
| 应退回金额 | | 元 | | 已追回金额 | | 元 | |
| 本次退回金额 | |  | | | | | |
|  |  |  |  |  | 社保经办机构（章） | | |
|  |  |  |  |  | 年 月 日 | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| ★退费方式： | |  |  |  |  |  |  |
| 1．汇款或网银转账至经办机构指定的银行账户，并向经办机构提供汇款或转账凭证； | | | | | | | |
| ★注： | | | | |  |  |  |
| 1．本单一式三份，经办机构、退款单位（人）、基金财务各一份。 | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

附件29

社会保险稽核受理告知书

X稽受字〔 〕第 号

：

你于　　　年　　　月　　　日举报的

　　　　　　　　　　　　　　　　　事项，根据你提供的相关证明材料，经我中心审核，符合受理条件，决定受理。

特此告知。

社会保险经办机构（电子印章）

年 月 日

（此告知书一式两份，举报人、社保经办机构各一份。）

附件30

社会保险稽核不予受理告知书

X稽告字〔 〕第 号

：

你于　　　年　　　月　　　日举报的

　　　　　　　　　　　　　　　　　事项，经我中心审核，因　　　　　　　　　　　　　　　　　，决定不予受理。

特此告知。

社会保险经办机构（电子印章）

年 月 日

（此告知书一式两份，举报人、社保经办机构各一份。）

附件31

社会保险稽核通知书

X稽（工伤）通字〔 〕第 号

：

根据《中华人民共和国社会保险法》《江苏省社会保险稽核实施办法》等国家和省有关规定，将于　　年　　月　　日，对你单位 稽核事项 进行稽核检查，请提供与社会保险有关的资料和必要的工作条件，并给予配合。

稽核人员：

联系方式：

社会保险经办机构（电子印章）

年 月 日

（此通知书一式两份，稽核对象、社保经办机构各一份。）

附件32

社会保险稽核对象承诺书

为了维护公民依法参加社会保险和享受相关待遇的合法权益，本单位接受并积极配合社会保险稽核工作，就稽核事项做出如下承诺：

一、本单位将按要求提供必要的稽核工作场所，协助配合稽核工作。

二、本单位将按要求提供稽核工作所需的会计、统计、档案等相关报表、凭证及有关资料，并对所提供资料的真实性、准确性、完整性、有效性负责，否则由本单位承担全部责任。

三、本单位会计、统计、档案资料的编制均符合《中华人民共和国会计法》和《中华人民共和国统计法》等法律、法规、制度的要求，无账外账和账外资产，无应披露而未披露的重大事项。

四、对稽核小组在稽核过程中要求提供的有关调查、核实资料，本单位将在规定时间内签署完毕，并送交稽核小组。

稽核对象法定代表人（或授权委托人）签字：

（稽核对象公章）

年 月 日

附件33

社会保险稽核情况告知书

X稽（工伤）告字〔 〕第 号

：

我单位于　　年　　月　　日至　　年　　月　　日，对你单位方面实施了稽核检查，现将稽核结果告知如下：

如对以上内容有异议，请于五个工作日内向我单位提出书面意见，规定期限内未提出书面意见视为无异议。

社会保险经办机构（电子印章）

年 月 日

（此告知书一式两份，稽核对象、社保经办机构各一份。）

附件34

社会保险稽核整改意见书

X稽（工伤）整字〔 〕第 号

：

我单位于　　年　　月　　日至　　年　　月　　日，对你单位进行了稽核检查，提出如下意见：

一、违反法律法规条款：

二、违反法律法规事实：

三、整改意见：

责令你单位收到本意见书后，在 年 月 日之前到 （地点）办理补缴，纠正违法、违规行为。逾期未整改的，我单位将核准的应征数额发送税务机关进行征收，并视情形报请社会保险行政部门依法处罚；符合失信行为情形的，按照国家信用管理规定予以处理。

社会保险经办机构（电子印章）

年 月 日

（此通知书一式三份，稽核对象、社会保险经办机构稽核部门、业务部门各一份。）

附件35

社会保险提请行政处理建议书

X稽建字〔 〕第 号

：

我单位在　　年　　月　　日至　　年　　月　　日实施稽核中发现 单位名称（个人姓名）存在违反社会保险法律、法规行为，根据《中华人民共和国社会保险法》和《江苏省社会保险稽核实施办法》有关规定，现移送给你们，建议实施行政处理，并将处理结果及时反馈我单位。

社保代码（单位或个人）：

单位名称或个人姓名：

地 址：

联系电话：

存在的主要问题：

社会保险经办机构（盖章）

年 月 日

签发人：

送达人：

接收人：

附件36

社会保险稽核通知书

X稽（数据）通字〔 〕第 号

：

根据《中华人民共和国社会保险法》《社会保险经办机构内部控制暂行办法》《社会保险数据稽核规程（试行）》等规定， （经办机构名称） 决定对你单位 （稽核事项） 进行稽核。

请你单位迅速查明原因，立即整改。于　　月　　日前形成核查整改情况报告，经单位主要负责人签字，并加盖单位公章后上报。

附件：社会保险稽核事项

社会保险经办机构（盖章）

年 月 日

（联系人： 联系电话： ）

附件37

社会保险稽核事项

第 页（共 页）

|  |  |
| --- | --- |
| 事项名称 |  |
| 稽核对象 | （被稽核经办机构名称） |
| 问题描述 | （重点问题线索，可附页） |
| 稽核意见 | （具体整改要求） |

附件38

江苏省社会保险权益记录查询委托书

（社会保险经办机构名称）：

现委托 前去办理社会保险权益记录查询业务，如无不妥请办理。

委托人（签字）：

公民身份号码（社会保障号码）：

受托人（签字）：

公民身份号码（社会保障号码）：

|  |
| --- |
| 江苏省人力资源和社会保障厅办公室 2022年12月31日印发 |