**工伤保险待遇发放方式变更申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 工伤职工姓名 | | |  | | | | | |
| 公民身份号码 | | |  | | | | | |
| **□申请将工伤医疗待遇发放至单位账户** | | | | | | | | |
| 申请单位全称 | | | |  | | | 单位编号 |  |
| 申请人姓名 | | | |  | 人员类别 | | □工伤职工 □工亡待遇申领人 | |
| 待遇类型 | | | | □医疗费 □康复费 □辅助器具费 □住院伙食费  □交通费 □食宿费 | | | | |
| 经用人单位和工伤职工本人（或工亡职工亲属）协商一致并确认无误，申请将上述工伤医疗待遇支付至单位账户。实际支付金额以《工伤保险待遇支付表》为准。  单位经办人签名： 申请人签名（或指印）：  单位盖章：  年 月 日 年 月 日 | | | | | | | | |
| **□申请将工伤保险待遇发放至本人非社会保障卡银行账户** | | | | | | | | |
| 申请人姓名 | |  | | | 人员类别 | | □工伤职工 □工伤职工供养亲属 | |
| 开户银行 | |  | | | | 银行账号 |  | |
| 待遇类型 | | □工伤医疗待遇 □一次性伤残补助金 □一次性工伤医疗补助金  □定期伤残待遇（伤残津贴、护理费） □供养亲属定期抚恤金 | | | | | | |
| 现申请将上述工伤保险待遇支付至本人上述银行账户。  申请人（或法定监护人）签名（或指印）：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 社保经办机构意见 | 审核人： 复核人：  年 月 日 年 月 日 | | | | | | | |

说明：本表为《工伤保险待遇申领表》附表，两表中的单位、个人信息应保持一致。用人单位经与

工伤职工本人（或工亡职工亲属）协商一致、申请将工伤职工的工伤医疗待遇支付至单位账

户，或工伤职工、供养亲属申请将工伤保险待遇支付至本人非社会保障卡银行账户的，应填

写本表。