山西省人力资源和社会保障厅
山　西　省　财　政　厅文件
国家税务总局山西省税务局

晋人社规字〔2026〕5号

山西省人力资源和社会保障厅
山　西　省　财　政　厅
国家税务总局山西省税务局
关于印发《新就业形态人员职业伤害保障业务经办和征收管理规程（试行）》的通知

各市人力资源和社会保障局、财政局、税务局:

为做好我省新就业形态人员职业伤害保障试点工作，落实《人力资源社会保障部等九部门关于扩大新就业形态人员职业伤害保障试点的通知》（人社部发〔2025〕24号）部署要求，根据《人力资源社会保障部办公厅 国家税务总局办公厅关于修订印发<新就业形态人员职业伤害保障业务经办和征收管理规程（试

行）>的通知》（人社厅函〔2025〕79号）、《关于开展新就业形态人员职业伤害保障试点工作的通知》（晋人社规字〔2026〕2号），我们制定了《新就业形态人员职业伤害保障业务经办和征收管理规程（试行）》。现印发你们，请遵照执行。

各地在实施过程中，如遇重大问题，及时向省人力资源和社会保障厅、省财政厅和国家税务总局山西省税务局反馈。

山西省人力资源和社会保障厅　　山西省财政厅

国家税务总局山西省税务局

2026年2月11日

（此件主动公开）

新就业形态人员职业伤害保障业务经办和征收管理规程（试行）

第一章　总则.....4
第二章　参保登记.....7
第三章　申报缴费.....10
第四章　职业伤害确认与劳动能力鉴定.....11
第五章　待遇支付.....20
第六章　资金管理.....32
第七章　信息管理.....35
第八章　服务与监管.....36
第九章　附则.....39

第一章　总则

第一条　为了加强新就业形态人员职业伤害保障（以下简称职业伤害保障）业务经办和征收管理，规范和统一业务操作程序，依据山西省《新就业形态人员职业伤害保障实施办法（试行）》（以下简称《办法》）等有关规定，结合我省实际，制定本规程。

第二条　本规程适用于我省人力资源社会保障部门（包括人力资源社会保障行政部门、劳动能力鉴定机构、社会保险经办机构和信息化综合管理机构，以下统称人社部门，分别简称人社行政部门、鉴定机构、经办机构和人社信息部门）、财政部门、税务机关，以及工伤保险服务协议机构、试点平台企业及其平台服务机构、新就业形态人员、受托商业保险机构等办理职业伤害保障业务的活动。

第三条　平台企业应当依照《办法》参加职业伤害保障，为通过平台注册且在山西省行政区域内接单，以平台企业名义提供出行、即时配送和同城货运等劳动并获得报酬或者收入的新就业形态人员缴纳职业伤害保障费。

第四条　平台企业缴纳的职业伤害保障费及其利息纳入工伤保险基金实行省级统筹管理，单独设立职业伤害保障收入类科目和支出类科目，基金在全省范围内统一归集和使用，统一核算和结算。职业伤害保障费预决算和财务管理按照国家和我省有关规定执行。

第五条 人社部门、财政部门、税务机关按照各自职责实施监督管理。

省级人社行政部门负责全省职业伤害保障工作的政策标准制定、组织实施、宣传培训、监督管理等工作；负责职业伤害保障受托商业保险机构的确定，以及协议签订、考核评估和监督管理等工作；负责规范和指导全省职业伤害确认和劳动能力鉴定工作；负责向人力资源社会保障部报告试点实施中遇到的重大问题与情况。市、县（市、区）人社行政部门负责本行政区域内职业伤害确认、宣传培训、监督管理等工作；负责对本行政区域内平台服务机构及受托商业保险机构承办事项实施指导协调和监督管理，协助开展委托承办服务相关考核评估工作。

省级鉴定机构负责职业伤害劳动功能障碍程度和生活自理障碍程度的再次鉴定工作。市级鉴定机构负责本行政区域内职业伤害劳动能力初次（复查）鉴定和辅助器具配置确认等相关事项。

省级经办机构负责全省职业伤害保障经办工作指导、统计分析、业务培训以及信息公开等工作，具体承办参保登记、资金管理、会计核算等业务，将参保信息、接单信息等传递给省级税务机关，编制职业伤害保障资金预决算草案、财务报表和统计报表，报送全省职业伤害保障资金用款计划和预算执行分析。市、县（市、区）经办机构负责审核本行政区域内职业伤害保障待遇及费用；负责审核转诊转院备案申请和异地就医备案申请；负责领

取待遇资格认证、医疗康复就医管理、稽核内控、档案管理等工作，编制上报本行政区域内财务报表和统计报表。

省级人社信息部门负责建设和完善全省职业伤害保障信息平台（以下简称省级集中系统），做好与全国集中的职业伤害保障信息平台（以下简称全国信息平台）对接，保障省级集中系统的正常运行。

省级财政部门协助人社部门做好政策标准制定工作，负责社会保障基金财政专户的管理、基金的监管和收付工作，负责组织职业伤害保障资金预决算的审核工作。

省级税务机关负责组织实施全省职业伤害保障费征收管理工作，及时将缴费信息等回传给省级经办机构，参与编制职业伤害保障资金预决算工作。

第六条 省级人社行政部门按照公开、公平、公正原则，通过公开招标方式，统一委托符合条件的商业保险机构（以下简称委托办理机构）协助做好职业伤害确认、组织劳动能力鉴定、待遇核定发放、政策宣传解释、信访投诉处理、档案管理等相关工作。

第七条 省级经办机构负责社会保障卡在职业伤害保障领域的应用服务工作，以社会保障卡（含电子社保卡）作为职业伤害保障参保人员身份凭证，推动职业伤害保障待遇通过社会保障卡进行社会化发放。

第八条 省级人社部门和税务机关应当适应平台企业跨区域经营、线上化管理和从业人员流动性强等特点，加快推进经办、征管数字化转型，大力推行线上服务，优化流程，精简材料，缩短时限，确保业务办理规范便捷、优质高效。

第二章 参保登记

第九条 平台企业首次参加职业伤害保障应当自参加试点之日起5个工作日内，由平台企业总部向全国信息平台报送职业伤害保障登记信息，包括：单位名称、统一社会信用代码、法定代表人、成立日期、注册地址、行业主管部门、单位联系人、联系电话等事项。全国信息平台将登记信息同步推送至省级集中系统，由省级经办机构为平台企业办理职业伤害保障参保登记。

平台企业登记事项发生变更的，应当及时向全国信息平台报送变更登记信息。全国信息平台将变更信息同步推送至省级集中系统，由省级经办机构为平台企业办理职业伤害保障信息变更。

省级经办机构将平台企业在我省的职业伤害保障登记（变更）信息通过社会保险费信息共享平台（以下简称社税信息共享平台）同步推送至省级税务机关。

第十条 平台企业总部应当自企业办理参保登记次日起每日4时前以省为单位，将前一日平台接单人员基础信息和接单汇总信息报送至全国信息平台，由全国信息平台分省推送至省级集中系统，省级经办机构接收汇总信息后及时为新就业形态人员办

理参保登记。

接单人员基础信息包括姓名、性别、出生日期、证件类型、证件号码、联系电话等。

接单汇总信息包括接单人员姓名、证件类型、证件号码、就业（职业）类型、行业类别（出行、即时配送、同城货运等）、接单日期、接单所属地市、每日总单量等信息。

省级经办机构每月 5 日前（如遇到法定休假日顺延）将全省上月平台企业及新就业形态人员相关信息进行比对后，通过社税信息共享平台传递给省级税务机关。

省级经办机构、税务机关经比对发现相关数据有误的，平台企业总部应积极配合，予以核实修正。省级经办机构应按相关规定及时将修正的数据推送至省级税务机关，确保平台企业按时申报缴费。

第十一条 每日 24 时前执行结束的订单计入当日应缴费订单范围，应缴费订单应当同时满足下列条件:

（一）接单人员已经在平台注册且符合平台企业新就业形态人员参保范围;

（二）接单人员实际接单并开始执行地点位于我省所辖行政区域内;

（三）接单人员接单后已经实际执行结束的订单，执行结束的情形包括实际送达、中途转出等。

第十二条 试行期间，出行行业按照每单 0.01 元执行；即时配送行业按照每单 0.07 元、0.25 元执行；同城货运行业按照每单 0.18 元执行。行业缴费基准额按国家规定适时进行调整。

参加试点首年的行业缴费基准额按国家缴费基准额执行，即时配送行业统一按照每单 0.07 元执行；2028 年起，可确定我省行业缴费基准额具体标准，并在即时配送行业设置两个不同的缴费标准。新参加试点的平台企业首年在我省内均按国家确定的行业缴费基准额缴费；其中，即时配送行业新参加试点平台企业按每单 0.07 元执行。

第十三条 省级经办机构根据职业伤害保障费使用、职业伤害发生率等情况，可以在平台企业缴费基准额的基础上以 10%为一档进行浮动（上下浮动不超过 50%），确定我省不同平台企业的缴费标准。原则上每年对缴费基准额进行一次浮动调整，调整执行的时间为调整年度的 1 月 1 日起。省级经办机构应于 12 月底前核定平台企业缴费标准并以适当方式告知平台企业，于次年 1 月 5 日前（如遇到法定休假日顺延）将缴费基准额及浮动后比例传递给省级税务机关。缴费基准额浮动相关测算周期为连续 12 个自然月。

当即时配送行业平台企业按照每单 0.07 元及其浮动区间内的缴费标准执行时，上一年度支缴率超过 100%且通过上浮至 150%仍无法实现平衡的，可在当年执行 0.25 元的缴费基准额，并同

时进行浮动；当按照每单 0.25 元及其浮动区间内的缴费标准执行时，上一年度支缴率低于100%且通过下浮至50%仍收大于支的，可在当年执行 0.07 元的缴费基准额，并同时进行浮动。

第三章　申报缴费

第十四条　省级税务机关收到平台企业总部职业伤害保障参保登记（变更）信息后，确定职业伤害保障费主管税务机关。

主管税务机关应及时将其名称、地址、联系方式等相关信息通知平台企业总部。

平台企业总部应于收到通知后 10 个工作日内向职业伤害保障费主管税务机关办理缴费登记。

第十五条　职业伤害保障费按月申报缴纳。平台企业总部应当于月份终了之日起 15 日内（最后一日是法定休假日的，以休假日期满的次日为申报期限的最后一日；在申报期内有连续 3 日以上法定休假日的，按休假日天数顺延）向我省职业伤害保障费主管税务机关申报缴纳职业伤害保障费。

平台企业总部应每日及时核对报送的日单量数据，按月接收全国信息平台推送的单量对账单，并与主管税务机关提供的缴费系统中填报的“总单量”进行核对。不一致时，联系主管税务机关进一步核实。核对无误后，按照对账单上列明的上月总单量与省级经办机构确定的每单缴费标准之积计算应缴费额，填写《新就业形态人员职业伤害保障费缴费申报表》（附件 1）。

第十六条 平台企业总部应通过主管税务机关提供的渠道缴纳职业伤害保障费，费款先缴入国库再划转至省级社会保障基金财政专户。

平台企业总部跨省异地缴纳职业伤害保障费的，通过税务机关提供的跨省异地电子缴税等渠道，或者按照与省级税务机关约定的方式办理。

第十七条 平台企业总部在缴费过程中因操作错误、系统故障造成多缴费款的，可以申请退还。职业伤害保障费主管税务机关应当及时受理核验退费申请，并通知经办机构依照有关规定办理。

第四章 职业伤害确认与劳动能力鉴定

第十八条 《办法》第十三条第一款第（一）项中“履行平台服务内容”分别是指网约司机提供的驾乘、即时配送提供的食品（物品）配送、同城货运提供货物运输及搬运服务等。

《办法》第十三条第一款第（二）项确认的情形，主要是指受平台企业常规管理的新就业形态人员（包括已注册但当日尚未接单的人员），根据平台管理要求，在指定时间前往指定场所进行定位考勤考核、参加业务培训等事宜，或者在执行平台订单任务后返回日常居所的合理路线途中，受到非本人主要责任的交通事故或者城市轨道交通、客运轮渡、火车事故伤害的，属于职业伤

害保障范围。

第十九条 新就业形态人员发生事故伤害的，可以通过平台企业在应用客户端中设置的“一键报案”功能，向平台企业发送事故报案信息，平台企业初步核实后将事故报案信息及时报送全国信息平台。事故报案信息包括:

（一）个人信息：受伤害人姓名、证件类型、证件号码、手机号码;

（二）事故信息：事故发生时间，伤害发生地具体地点，事故类型（如交通事故、暴力等意外伤害），伤害情况（部位），伤害发生地所在县（市、区）行政区划，伤害发生地所在县（市、区）名称等;

（三）接单信息：订单执行开始时间、结束时间、出发地点、目的地点，行程轨迹，就业（职业）类型，行业类别，订单出发地所在县（市、区）行政区划、订单出发地所在县（市、区）名称等;

（四）其他信息：《办法》第十三条规定的其他确认情形的相关信息。

新就业形态人员因伤情较重等无法自行报案的，平台企业应当通过技术手段及时识别未完成的异常订单，核实情况后向全国信息平台进行报案。

全国信息平台收到平台企业事故报案后，同步推送至职业伤

害发生地的省级集中系统，进行事故备案。

第二十条 新就业形态人员发生事故伤害的，由伤害发生地县级人社行政部门受理当事人职业伤害保障待遇给付申请。跨省执行平台订单任务发生事故伤害的，以该订单任务实际参保缴费的接单地作为职业伤害发生地。

第二十一条 新就业形态人员发生职业伤害等情形，平台企业应当在伤害发生之日起30日内，通过全国信息平台向职业伤害发生地县级人社行政部门提出职业伤害保障待遇给付申请，上报事故报案信息、银行账户信息等，全国信息平台同步推送至职业伤害发生地的省级集中系统。

平台企业总部也可以委托当地的平台服务机构，向职业伤害发生地县级人社行政部门提出职业伤害保障待遇给付申请，并配合做好事故调查等工作。

平台企业或者平台服务机构未按照规定提出职业伤害保障待遇给付申请的，新就业形态人员或者其近亲属、工会组织在事故伤害发生之日起90日内，可直接向职业伤害发生地县级人社行政部门提出职业伤害保障待遇给付申请。

第二十二条 平台企业或者新就业形态人员等遇有特殊情况，不能在规定的申请期限内提出职业伤害保障待遇给付申请的，应在申请期限到期前向县级人社行政部门说明合理原因，提交《职业伤害保障待遇申请超期说明》（附件2），并经县级人社

行政部门同意后，申请时限可以适当延长，但最长均不得超过《工伤保险条例》第十七条规定的工伤认定申请期限。

平台企业未在规定的时限内提交职业伤害保障待遇给付申请，在此期间发生的符合《办法》和本规程规定的职业伤害保障待遇等费用由平台企业承担。

第二十三条 提出职业伤害保障待遇给付申请应当填报《职业伤害保障伤残待遇申请表》（附件3）或者《职业伤害保障死亡待遇申请表》（附件4），并依照申报情形提供相应材料（附件5）；申请人提供材料不齐全的，县级人社行政部门应当自收到申请之日起5个工作日内一次性告知申请人需要补正的材料，申请人收到《职业伤害保障待遇申请材料补正告知书》（附件6）后，应当在10日内提交补正材料，县级人社行政部门予以受理。其中，需相关部门出具证明材料的，出具时间不计入提交补正材料的时限：

（一）新就业形态人员的居民身份证或者社会保障卡等其他有效身份证明；

（二）事故现场的图片、报警、出警记录等；

（三）平台企业提交的新就业形态人员事故发生当日订单执行开始时间、出发地点、结束时间、结束地点、行程轨迹等接单数据；新就业形态人员或者其近亲属等难以提供上述接单数据时，当地县级人社行政部门可以通过省级集中系统向全国信息平

台申请查询新就业形态人员当天接单数据;

（四）医疗机构出具的受伤后诊断证明或者救治记录;

（五）新就业形态人员社会保障卡银行账户或者银行卡等支付账户信息；由平台企业或者平台服务机构垫付费用的，提供平台企业或者平台服务机构银行账号和双方确认垫付事实的书面材料（附件 7）;

（六）《知情同意确认书》（附件 8），即签署确认接收职业伤害相关结论线上线下通知的书面文件。职业伤害相关结论包括职业伤害确认结论、鉴定结论、待遇支付结果等。确认内容包括送达对象、送达地址、送达方式等;

（七）有下列情形之一的，还应当分别提交相应证明材料:

1.在执行平台订单任务期间，因履行平台服务内容受到事故伤害、暴力等意外伤害或者发生事故下落不明的，提交公安机关或者其他相关部门的证明;

2.在指定时间前往指定场所接受平台企业、平台服务机构常规管理要求，或者在执行平台订单任务返回日常居所的合理路线途中，受到非本人主要责任的交通事故或者城市轨道交通、客运轮渡、火车事故伤害的，提交平台企业常规管理制度和公安机关交通管理部门或者其他相关部门的证明;

3.在执行平台订单任务期间，突发疾病死亡或者在 48 小时之内经抢救无效死亡的，提交医疗机构的抢救证明及死亡证明;

4.在抢险救灾等维护国家利益、公共利益活动中受到伤害的，提交民政部门或者其他相关部门的证明;

5.新就业形态人员原在军队服役、因战、因公负伤致残，已取得革命伤残军人证或者残疾军人证，在平台就业期间旧伤复发的，提交革命伤残军人证或者残疾军人证，及户籍所在地设区的市级以上人民政府退役军人事务部门组织医疗卫生专家小组确认出具的旧伤复发医学鉴定意见等。

申请人在职业伤害确认结论出具前，可以通过原申请途径提出待遇给付申请撤销。

第二十四条 县级人社行政部门受理职业伤害待遇给付申请后，通过内部信息协同，按照职责分工，及时开展职业伤害确认调查核实，结合有权机关和申请人提供的相关材料，在30个工作日内作出确认结论。事实清楚、证据充分、权利义务明确的职业伤害确认申请，应当在7个工作日内作出确认结论。

第二十五条 人社行政部门作出的职业伤害确认结论(附件9)，包括下列内容:

(一)平台企业、新就业形态人员或者其他申请人的基本信息;

(二)调查核实的受伤部位、事故发生时间和伤害经过、诊断救治等情况;

(三)确认职业伤害的理由和依据;

（四）不服确认结论申请行政复议或者提起行政诉讼的途径和期限；

（五）作出伤害确认结论的时间。

第二十六条 人社行政部门作出的不予确认职业伤害结论（附件10），包括下列内容：

（一）平台企业、新就业形态人员或者其他申请人的基本信息；

（二）调查核实的事实经过和不予确认的理由和依据；

（三）不服确认结论申请行政复议或者提起行政诉讼的途径和期限；

（四）作出不予伤害确认结论的时间。

第二十七条 人社行政部门作出职业伤害确认或者不予确认结论的，应当加盖职业伤害确认（电子）印章（试点期间可以用工伤认定专用印章代章）。

人社行政部门作出确认职业伤害结论或者不予确认职业伤害结论之日起3个工作日内，按照申请人事先知情同意并留存的送达方式，将结论信息通过当地人社部门线上服务渠道推送或者线下送达平台服务机构或者新就业形态人员等申请人，并将结论信息经全国信息平台推送至平台企业总部，平台企业总部应同步推送给新就业形态人员。

申请人通过当地人社部门线上服务渠道或者经办大厅查询、

下载和打印加盖电子印章的职业伤害确认结论书或者不予确认职业伤害结论书，具有同等法律效力，也可以通过国家社会保险公共服务平台查询结论信息。

确认职业伤害结论或者不予确认职业伤害结论通过省级集中系统自动推送给当地劳动能力鉴定委员会和经办机构。

第二十八条 同一个事故伤害不得同时申请工伤认定和职业伤害确认，不得同时享受工伤保险待遇和职业伤害保障待遇。

第二十九条 新就业形态人员在多个平台注册接单的，发生职业伤害事故后，由发生事故伤害时正在执行订单任务的平台承担职业伤害保障的平台责任。

新就业形态人员同时接送多平台订单任务且路程相同或者重合，难以区分平台任务的，以同一路程首接单确认平台责任。多平台接单的新就业形态人员发生事故的，应当如实报告相关情况；平台企业和平台服务机构应当在事故发生后、平台责任确认前主动申报、配合调查，不得以非本平台责任为由推诿推脱。

当地人社行政部门可以通过省级集中系统向全国信息平台申请按日查询新就业形态人员涉及的平台企业接单数据，全国信息平台将每个平台企业返回的订单执行开始时间、出发地点、结束时间、结束地点、行程轨迹等接单数据推送至省级集中系统，当地人社行政部门经调查核实后确认首单平台责任。

第三十条 职业伤害确认结论作出后，劳动能力鉴定机构和

经办机构应当做好工作衔接和指引，可以主动对接平台企业、平台服务机构和新就业形态人员等，通过当地人社部门线上服务渠道或者线下送达方式及时提醒、告知其劳动能力鉴定申请、医疗费报销、待遇享受等有关工作安排和要求。

第三十一条 新就业形态人员受到职业伤害，经治疗伤情相对稳定后存在残疾，影响劳动能力的，平台企业或者平台服务机构、本人或者其近亲属应当按照规定持《职业伤害人员劳动能力鉴定申请表》（附件11）、相关病历诊断材料等参加职业伤害发生地设区的市级劳动能力鉴定委员会组织的劳动能力鉴定。

委托办理机构应协助申请人选择确认申请鉴定类型，按照劳动能力鉴定机构确定的鉴定场次，告知申请人应按照规定的时间、地点，持身份证明等材料参加劳动能力现场鉴定。

鉴定程序和标准参照《劳动能力鉴定管理办法》和我省《劳动能力鉴定工作规程（试行）》，以及现行的《劳动能力鉴定职工工伤与职业病致残等级》（GB/T16180）执行。

第三十二条 劳动能力鉴定机构作出鉴定结论（附件12、13）后，应当在省级集中系统记录鉴定信息和鉴定结论等业务信息，并按照申请人事先知情确认并留存的送达方式，将鉴定结论通过当地人社部门线上服务渠道或者线下送达平台服务机构或者新就业形态人员等申请人，并将结论信息经全国信息平台推送至平台企业总部。

平台企业、新就业形态人员对初次鉴定结论不服的，可以在收到该鉴定结论之日起15日内向省级劳动能力鉴定委员会申请再次鉴定。

自劳动能力鉴定结论作出之日起1年后，新就业形态人员、平台企业或者经办机构认为伤残情况发生变化的，可以向设区的市级劳动能力鉴定委员会申请劳动能力复查鉴定。

第五章　待遇支付

第三十三条　职业伤害保障待遇包括医疗待遇、伤残待遇和死亡待遇。新就业形态人员因职业伤害发生的下列费用，从工伤保险基金中的职业伤害保障支出科目列支:

（一）医疗费用和康复费用;

（二）安装配置伤残辅助器具所需费用;

（三）生活不能自理的，经劳动能力鉴定委员会确认的生活护理费;

（四）因职业伤害死亡的，其近亲属领取的丧葬补助金、供养亲属抚恤金和一次性职业伤害死亡补助金;

（五）一级至十级伤残人员的一次性伤残补助金、一级至四级伤残人员按月领取的伤残津贴;

（六）五级、六级伤残人员的一次性津贴。

第三十四条　新就业形态人员因遭受职业伤害进行治疗，享受职业伤害保障医疗待遇，应当在签订工伤保险服务协议的医疗

机构（以下简称协议医疗机构）就医，情况紧急时可以先到就近的医疗机构急救，伤情平稳后转到协议医疗机构治疗。

在我省行政区域内的协议医疗机构无治疗条件或因伤情需要到省内非协议机构或省外协议医疗机构就医的，应由三级甲等或专科协议机构出具转诊转院意见，平台企业、职业伤害人员或者其近亲属填写《职业伤害人员转诊转院申请表》（附件14），向职业伤害确认所在地县级经办机构提出备案申请，经审核通过后，可转诊转院。未经备案的，发生费用基金不予支付。

新就业形态人员在省外遭受职业伤害需要就地治疗的，应当优先选择当地的协议医疗机构治疗，伤情稳定后转回省内协议医疗机构继续治疗。

治疗职业伤害所需费用按照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执行。

第三十五条 职业伤害人员经治疗伤情稳定、需要康复的，平台企业、职业伤害人员或者其近亲属可以按照我省规定提出职业伤害康复申请。按照国家和我省有关工伤康复服务规范的规定，职业伤害人员应当在签订工伤保险康复服务协议的康复机构进行康复。职业伤害康复按照国家和我省工伤保险康复服务项目目录和支付标准执行。

第三十六条 职业伤害人员因日常生活或者就业需要，经劳动能力鉴定委员会确认，应当到与经办机构签订工伤保险服务协

议的辅助器具机构配置辅助器具。辅助器具配置目录和支付标准按照国家和我省规定的工伤保险辅助器具配置目录和最高支付限额执行。

第三十七条 确认为职业伤害人员需长期居住在省外且有就医需求的、因伤情需到省外协议医疗机构就医的，应按照国家和我省工伤保险异地就医相关管理规定，通过国家社会保险公共服务平台等线上途径或线下向职业伤害确认所在地县级经办机构提出异地就医备案申请（附件15、16），经审核通过后，异地就医相关费用可直接联网结算或在就医结束后到职业伤害确认所在地县级经办机构申请手工报销。

第三十八条 新就业形态人员发生伤害，经确认为职业伤害后，其职业伤害医疗费、康复费、辅助器具配置费申报按照以下方式办理:

（一）已实现工伤医疗费联网结算的，遭受职业伤害的新就业形态人员持社会保障卡直接联网结算（涉及第三人责任的除外）。

（二）暂未实现工伤医疗费联网结算的，新就业形态人员及其近亲属或者平台企业应当到职业伤害确认所在地县级经办机构申领垫付的职业伤害医疗费、康复费、辅助器具配置费等相关待遇。

1.申报职业伤害医疗、康复费用的，需提供下列材料:

（1）《职业伤害保障伤残待遇申请表》;

（2）《职业伤害人员转诊转院申请表》、《职业伤害保障跨省异地就医（康复）备案表》;

（3）收费票据原件（含电子票据）、费用清单、诊断证明、病历资料等;

（4）康复机构出具的康复计划书、康复价值评估表。

2.申报职业伤害辅助器具配置费的，还需提供下列材料:

（1）《职业伤害人员配置（更换）辅助器具申请表》（附件17）;

（2）辅助器具配置收费凭证;

（3）配置辅助器具签收单;

（4）职业伤害人员签字确认的配置服务记录。

（三）涉及第三人责任的，适用本条第（二）项的相关规定，还应当提供下列法律文书:

1.属于交通事故或者城市轨道交通、客运轮渡、火车事故的，需提供相关的事故责任认定书、事故民事赔偿调解书或仲裁裁决书;

2.属于遭受暴力伤害的，需提供公安机关出具的遭受暴力伤害证明和赔偿证明资料;

3.经人民法院判决或者调解的，需提供民事判决书或者民事调解书等资料。

以上相关待遇申请表、涉及公安交通管理部门或者其他部门

出具的道路交通事故责任认定书等证明、公安机关出具的遭受暴力伤害证明，能够通过部门间或部门内信息共享获取的，无需重复提供。

县级经办机构根据民事伤害赔偿法律文书确定的医疗费与职业伤害待遇中的医疗费进行比较，符合政策报销范围的不足部分由职业伤害保障资金予以补足，职业伤害医疗费不得重复享受。未确定赔偿比例或第三人支付的医疗费用金额不明确的，县级经办机构可要求职业伤害人员提供其他辅助材料以明确医疗费用分割情况。

对申请报销费用时材料不全的，县级经办机构应一次性告知申请人需要补正的材料。对于申请材料齐全的，原则上在 7 个工作日内办理完毕。

第三十九条 申请人对鉴定结论无异议的，县级经办机构可以按照规定核发相关待遇。县级经办机构收到最终生效的劳动能力鉴定结论后，将以下待遇直接发放至职业伤害人员社会保障卡银行账户或者银行卡:

（一）生活护理费。生活不能自理的，经劳动能力鉴定委员会确认的生活护理费，按月发放。分为生活完全不能自理、生活大部分不能自理或者生活部分不能自理 3 个不同等级支付，其标准分别为待遇计发基数的 50%、40%和 30%;

（二）一次性伤残补助金。计发月数分别为：一级伤残为 27

个月，二级伤残为 25 个月，三级伤残为 23 个月，四级伤残为 21 个月，五级伤残为 18 个月，六级伤残为 16 个月，七级伤残为 13 个月，八级伤残为 11 个月，九级伤残为 9 个月，十级伤残为 7 个月;

（三）一级至四级伤残人员按月领取的伤残津贴。标准分别为待遇计发基数的 90%、85%、80%和 75%;

（四）五级、六级伤残人员的一次性津贴。计发月数分别为:五级伤残 30 个月，六级伤残 25 个月。

生活护理费以劳动能力鉴定委员会出具鉴定结论时上年度全省城镇私营单位就业人员月平均工资的 60%为计发基数。

一次性伤残补助金、伤残津贴、一次性津贴以职业伤害人员职业伤害发生时上年度全省城镇私营单位就业人员月平均工资的 60%为计发基数。

第四十条 经办机构通过省级集中系统共享到因职业伤害死亡信息后，应当按照我省规定核验死亡人员近亲属的相关材料，按照规定支付丧葬补助金、供养亲属抚恤金和一次性职业伤害死亡补助金:

（一）丧葬补助金计发基数为上年度全省城镇私营单位就业人员月平均工资的 60%，计发月数为 6 个月;

（二）供养亲属抚恤金计发基数为上年度全省城镇私营单位就业人员月平均工资的 60%，按照一定比例发给由因职业伤害死

亡人员生前提供主要生活来源、无劳动能力的亲属。标准为：配偶每月 40%，其他亲属每人每月 30%，孤寡老人或者孤儿每人每月在上述标准的基础上增加 10%。核定的各供养亲属抚恤金之和不应高于上年度我省城镇私营单位就业人员月平均工资的 60%，若核定的各供养亲属抚恤金之和高于上年度我省城镇私营单位就业人员月平均工资 60%的，各供养亲属的抚恤金计发方法为：上年度我省城镇私营单位就业人员月平均工资的 60%×该供养亲属的计发比例/各供养亲属计发比例之和；

（三）一次性职业伤害死亡补助金标准为上一年度全国城镇居民人均可支配收入的 20 倍。

新就业形态人员在治疗职业伤害期内因职业伤害导致死亡的，其近亲属享受本条第一款规定的待遇。

一级至四级伤残人员在治疗职业伤害期满后死亡的，其近亲属可以享受本条第一款第（一）项、第（二）项规定的待遇。

一次性职业伤害死亡补助金以职业伤害人员职业伤害发生时上年度全国城镇居民人均可支配收入为计发基数；供养亲属抚恤金、丧葬补助金以职业伤害人员职业伤害发生时上年度全省城镇私营单位就业人员月平均工资的 60%为计发基数。其中，伤残等级为一级至四级的职业伤害人员死亡的，供养亲属抚恤金、丧葬补助金以职业伤害人员死亡时上年度全省城镇私营单位就业人员月平均工资的 60%为计发基数。

第四十一条 以上年度全省城镇私营单位就业人员月平均工资的60%或者上年度全国城镇居民人均可支配收入作为计发基数核定职业伤害保障待遇时，若上年度相关数据未公布，可暂按上上年度全省城镇私营单位就业人员月平均工资的60%或者上上年度全国城镇居民人均可支配收入作为计发基数。经办机构应于上年度相关数据公布之日起5个工作日内，对差额部分进行核定补发。

第四十二条 经办机构在计发待遇前，应核定相关资料。

（一）计发一次性伤残补助金、伤残津贴、一次性津贴和生活护理费，应当核定以下资料:

1.《职业伤害保障伤残待遇申请表》;

2.职业伤害确认结论书;

3.劳动能力鉴定结论书;

4.职业伤害人员有效身份证件;

5.职业伤害人员社会保障卡银行账户或者银行卡;

6.职业伤害人员已领取职工基本养老金的，还需核定养老金发放证明;

7.委托办理的须提供职业伤害人员本人的委托书、受托人居民身份证及联系方式。

（二）计发一次性职业伤害死亡补助金和丧葬补助金，应当核定以下资料:

1.《职业伤害保障死亡待遇申请表》;

2.职业伤害确认结论书;

3.死亡证明原件(居民死亡医学证明书、火化证明、殓葬证、因死亡注销户口证明、法院宣告死亡的生效判决书、我国驻境外使领事馆出具的中文版死亡证明等材料之一);

4.申请人有效身份证件及与职业伤害死亡人员关系证明(结婚证、户口簿、亲属关系公证书、出生医学证明等材料之一);

5.近亲属共同指定的一个具有金融功能的社会保障卡或银行卡(账户应当进行公证)。

(三)计发供养亲属抚恤金,应当核定以下资料:

1.《职业伤害保障死亡待遇申请表》;

2.申请供养亲属人员的有效身份证件;

3.申请供养亲属人员与职业伤害死亡人员关系证明(结婚证、户口簿、亲属关系公证书、出生医学证明等材料之一);

4.申请供养亲属人员具有金融功能的社会保障卡或银行卡;

5.完全丧失劳动能力的,提供劳动能力鉴定结论书;

6.申请供养亲属人员属于孤儿、孤寡老人的,提供相关部门出具的证明;

7.职业伤害死亡人员有遗腹子女的,提供出生医学证明;

8.申请供养亲属人员属于依靠职业伤害死亡人员生前提供主要生活来源、在校学生等,提供申领承诺书。

上述资料能够通过部门间或部门内信息共享获取的，无需重复提供。

第四十三条 新就业形态人员执行平台订单任务期间发生事故下落不明的，从事故发生当月起由平台企业发放3个月生活保障费，从第4个月起停发生活保障费，由经办机构按月支付供养亲属抚恤金。近亲属生活困难的，可凭公安机关出具的下落不明证明，申请预支50%的一次性职业伤害死亡补助金。

新就业形态人员被人民法院宣告死亡的，其近亲属凭宣告死亡有效文书申领一次性职业伤害死亡补助金、丧葬补助金待遇。一次性职业伤害死亡补助金按照下落不明时上一年度全国城镇居民人均可支配收入核定，丧葬补助金和供养亲属抚恤金按照下落不明时上一年度全省城镇私营单位就业人员月平均工资的60%核定。已预支50%一次性职业伤害死亡补助金的，在支付宣告死亡后核定的一次性职业伤害死亡补助金时，应予以抵扣。供养亲属享受抚恤金待遇的资格，按职业伤害人员下落不明时的条件核定。

第四十四条 省级人社行政部门负责对伤残津贴、供养亲属抚恤金、生活护理费待遇标准进行调整。

第四十五条 经办机构应当将医疗待遇、康复待遇、辅助器具待遇、一次性待遇、定期待遇、死亡待遇等相关信息通过省级集中系统实时上报至全国信息平台。

第四十六条 职业伤害人员经劳动能力复查鉴定，伤残等级发生变化的，对变化后的伤残等级不再重新计发一次性伤残补助金和一次性津贴。对其他与伤残等级有关的职业伤害保障待遇，自作出复查结论的次月起，按照变化后的伤残等级调整计发。

第四十七条 一级至四级伤残新就业形态人员，符合领取基本养老金条件的，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。该差额为同期按规定调整后的伤残津贴和基本养老保险待遇差，以后不随伤残津贴与基本养老保险待遇调整而调整。不符合领取基本养老金条件的，由工伤保险基金继续按月发放伤残津贴。

第四十八条 新就业形态人员因职业伤害死亡的，其近亲属同时符合领取职业伤害保障丧葬补助金、供养亲属抚恤金待遇和职工基本养老保险丧葬补助金、抚恤金待遇条件的，由其近亲属选择领取职业伤害保障或者职工基本养老保险其中一种待遇。

第四十九条 职业伤害人员需要暂停工作接受职业伤害医疗救治的，在治疗职业伤害期内，由所在平台企业支付生活保障费。生活保障费的计发标准为事故伤害发生时当地正在执行的城市居民月最低生活保障标准，可按职业伤害治疗期的实际天数折算。职业伤害人员在劳动能力鉴定结论作出次月起，不再享受生

活保障费，仍需治疗的按规定享受医疗待遇。

治疗职业伤害期一般不超过12个月。伤情严重或者情况特殊的，经职业伤害确认管辖地所在设区的市级劳动能力鉴定委员会确认，可以适当延长，但延长时间不得超过12个月。

生活不能自理的职业伤害人员在治疗职业伤害期内需要护理的，由所在平台企业负责。

第五十条 平台企业可以另外通过购买人身意外、雇主责任等商业保险，切实保障新就业形态人员的生活保障费和生命财产安全。

第五十一条 职业伤害人员符合出院条件拒不出院的，发生的医疗、康复费用由职业伤害人员个人负担。

工伤医疗机构、工伤康复机构不及时为符合出院条件的职业伤害人员办理出院手续的，发生的费用由工伤医疗机构、工伤康复机构承担。

第五十二条 定期待遇领取资格应当及时认证，认证周期为连续12个自然月。未认证的，暂停支付定期待遇；认证通过后获得继续领取资格的，按规定恢复相关待遇并补发暂停期间的待遇。

对于享受职业伤害保障定期待遇人员存在疑似丧失待遇享受资格仍继续领取相关待遇，或以其他形式冒领、骗取职业伤害保障待遇的，委托办理机构应协助开展调查核查，按照工伤保险

基金追偿管理相关规定启动追偿工作。

第五十三条 委托办理机构协助经办机构代发职业伤害保障医疗待遇、伤残待遇和工亡待遇，应当通过省级集中系统将待遇发放数据推送至金融机构进行待遇发放。发放不成功的，应及时查明原因并重新发放。

经办机构对委托办理机构推送的职业伤害医疗费、大额支付等高风险业务进行全量审核，其余业务按一定比例进行事后抽查。

第五十四条 委托办理机构应当按照委托服务协议约定的时限办理待遇支付业务。省级经办机构负责对超期业务进行跟踪督办，同时将超期业务纳入对委托办理机构考核评价。

第六章 资金管理

第五十五条 经办机构应当按照《财政部 人力资源社会保障部 国家卫生计生委关于印发〈社会保险基金财务制度〉的通知》（财社〔2017〕144号）、《财政部关于印发〈社会保险基金会计制度〉的通知》（财会〔2017〕28号）、《人力资源社会保障部办公厅关于补充设置工伤保险和失业保险基金会计明细科目的通知》（人社厅函〔2024〕114号）和《关于组织开展省级工伤保险和失业保险基金财务信息系统改造实施工作的通知》（人社信息函〔2024〕3号）的规定，与人社行政部门、财政部门、税务机关共同做好职业伤害保障资金管理。

第五十六条 职业伤害保障资金存入省级社会保障基金财政专户，不单独开设收入户、支出户、财政专户。平台企业缴纳的职业伤害保障费通过工伤保险基金职业伤害保障费收入科目核算。

第五十七条 职业伤害保障的各项待遇支出、劳动能力鉴定费和委托办理服务费，从工伤保险基金中列支，通过工伤保险基金职业伤害保障支出类科目核算。经办机构业务部门应当对职业伤害保障资金支出业务增加明确标识，财务部门进行单独核算，确保业务款项和会计科目相互对应，每月业务部门与财务部门应当严格对账，确保账证相符、账账相符、账实相符。

第五十八条 委托办理机构应开设职业伤害保障资金托管账户（以下简称资金托管账户），专项用于支付职业伤害保障待遇。按照专用存款账户进行管理，专账核算，专款专用，账户产生的利息计入职业伤害保障收入。

第五十九条 资金托管账户实行预付金管理。省级经办机构按月提前将预付金拨付至资金托管账户。

第六十条 预付金按月结算。委托办理机构应于每月8日前，向省级经办机构业务部门提供支付汇总表、支付明细数据以及当期资金托管账户银行对账单，核对支付情况。省级经办机构业务部门根据省级集中系统的数据进行核对，发现不一致的，双方应查明原因并处理。

第六十一条 省级经办机构业务部门与委托办理机构核对一致后，生成本月职业伤害保障结算总表及代付结算明细表，并将代付结算明细表签章后推送至省级经办机构基金管理部门，作为核算职业伤害保障待遇支出的依据。委托办理机构资金托管账户余额低于预付金额度的部分，作为本次资金划拨额。

第六十二条 省级经办机构基金管理部门将核定的资金划拨额纳入工伤保险基金用款计划，于每月 8 日前向省级财政部门报送，省级财政部门确认工伤保险基金用款计划后，每月 12 日前将资金拨付至省级经办机构工伤保险基金支出户。

省级经办机构基金管理部门收到省级财政部门资金拨付后，按基金支付审批权限，及时向委托办理机构划拨资金，补足预付金额度。

职业伤害保障待遇支付额度超过预付金时，委托办理机构可以向省级经办机构提出紧急拨付申请，经省级经办机构业务部门审核后，由省级经办机构基金管理部门划拨至资金托管账户。

第六十三条 委托办理机构每年年底前，将与省级经办机构核对一致的资金托管账户余额退回省级经办机构支出户，由省级经办机构按照相关规定退回省级社会保障基金财政专户。

第六十四条 省级经办机构业务部门在委托服务协议终止后，统一组织清算工作，根据委托办理机构代付的职业伤害保障待遇支出，实行差额清算。

第七章　信息管理

第六十五条　全省统一使用省级集中系统办理职业伤害保障业务。省级人社信息部门应当按照全国信息平台的技术要求改造完善省级集中系统，实现部、省间业务协同和信息流转，并支持与省级相关部门信息共享。

省级人社信息部门、税务机关应当按照人力资源社会保障部和国家税务总局共同确定的技术标准完善社税信息共享平台。

平台企业应当按照全国信息平台的技术要求改造信息系统，对接全国信息平台，并为新就业形态人员提供“一键报案”功能选择，按时全量准确报送职业伤害相关数据，实时接收我省实际办理业务情况，保证数据的时效性、完整性、规范性。

第六十六条　每月 5 日，省级经办机构将平台企业上个月的参保登记信息、总单量、缴费基准额和浮动情况，以及接单人员基础信息和接单汇总信息等通过社税信息共享平台传递给省级税务机关。参保登记、职业伤害确认、劳动能力鉴定、职业伤害待遇申领核付等全流程业务信息及电子材料实时同步推送至全国信息平台，保障信息的及时、完整和准确。

省级经办机构应根据全国信息平台推送的业务信息及时更新本地业务数据，确保数据一致。如经核实发现全国信息平台数据有误的，省级经办机构应推送正确数据进行更正。

省级税务机关应当及时将缴费信息通过社税信息共享平台

回传给省级经办机构，由省级经办机构汇总后通过省级集中系统同步推送至全国信息平台。

第六十七条 省级人社信息部门和税务机关均应当设立业务、系统对接人员，负责对接业务运行中遇到的问题，及时处理系统运行故障、异常问题排查、新增或者变更系统业务功能需求等。

第六十八条 国家社会保险公共服务平台提供职业伤害保障参保、平台服务机构、新就业形态人员日订单量、职业伤害确认、待遇给付申请受理、劳动能力鉴定、待遇发放、办理进度等信息查询功能。

第八章 服务与监管

第六十九条 省级人社行政部门负责与商业保险机构签订委托服务协议，建立工作协同机制，全面推进商业保险机构委托办理标准化、规范化，科学编制职业伤害保障便民便企事项清单和办事指南。

第七十条 各级人社部门可联合医疗、交通等相关专业部门，通过数据监控、日常抽查、建立投诉受理渠道等方式，对委托办理机构进行监督检查，督促其及时做好受托工作。

省级人社部门将监督检查结果纳入对委托办理机构年度考核的重要内容。委托办理机构年度考核不合格的，委托服务协议提前终止，3 年内不得再参与委托办理招标工作。

第七十一条 委托办理机构的办理服务费，可综合考虑参保规模、机构运行成本、工作绩效等因素，从职业伤害保障支出科目中支付，具体办法应当在委托服务协议中约定。

第七十二条 委托办理机构办理职业伤害保障业务形成的档案资料，参照《社会保险业务档案管理规定（试行）》（人力资源社会保障部3号令）和《社会保险电子档案管理暂行办法》（人社险中心函〔2020〕16号）管理。

第七十三条 平台企业应当按照规定如实申报，及时足额缴纳职业伤害保障费。

平台企业应当落实职业伤害预防的主体责任，按照国家规定开展职业伤害预防工作，健全制度，优化算法，合理确定劳动定额，加强安全防护措施，加强新就业形态人员的安全教育和管理，通过宣传、培训等方式，预防、减少职业伤害事故。

第七十四条 新就业形态人员发生职业伤害时，平台企业应当采取措施使新就业形态人员得到及时救治。

平台企业应当在服务所在地有相应的服务能力或者服务机构，包括设立的分公司、子公司等或者合作的加盟商、配送公司以及人力资源服务公司等（以下统称平台服务机构）。平台服务机构对当地招募注册的新就业形态人员进行属地管理和服务，配合省级人社部门、税务机关等相关部门做好参保登记核实、数据传递、费款征缴、争议处理等事项，协助办理新就业形态人员职

业伤害待遇申请、事故调查取证、劳动能力鉴定申请等服务事宜。

第七十五条 平台服务机构应当在服务所在地（至少在设区的地级市）有注册登记的机构或者分支机构，且在服务区域有较强的服务能力。

平台企业应当加强对平台服务机构的管理，明确服务区域、服务内容和服务权限，并在平台企业网站等渠道上公布平台服务机构名单、联系人等信息。

第七十六条 平台企业总部应当将各地的平台服务机构名单、注册地址、联系人、联系方式以及服务区域等信息通过全国信息平台统一报送人力资源社会保障部和国家税务总局；信息有变化调整的，应当在5个工作日内通过全国信息平台进行变更。

全国信息平台将平台服务机构名单信息同步推送至所在地省级集中系统。

第七十七条 平台服务机构经向市级人社部门登记备案后，按照平台企业的委托权限，办理相关事宜；积极配合做好职业伤害保障服务工作，并接受当地人社部门的监督管理。

第七十八条 平台服务机构应当对其管理的新就业形态人员在本地注册接单前进行身份核验、健康检查、安全培训、政策宣传等。

新就业形态人员发生事故伤害的，可以直接联系其所属的平台服务机构，提出及时送医救治、职业伤害保障待遇申请、劳动

能力鉴定申请等服务事宜。平台服务机构不得推诿推脱。

第七十九条 对平台企业或者平台服务机构不及时参保登记和申报申请、不协助送医救治、不配合调查等行为，由当地人社行政部门责令改正；导致新就业形态人员权益受到损害的，由平台企业承担责任。造成重大不良社会影响的，由省级人社行政部门报告人力资源社会保障部，人力资源社会保障部约谈平台企业，责令其依法承担法律责任。

第八十条 省级经办机构和税务机关以省级职业伤害保障业务数据为基础，利用信息化手段和统计方法，建立统计台账，生成统计数据，监测运行情况，定期开展职业伤害保障运行情况分析，管理统计资料。

在职业伤害保障费率和待遇水平等进行调整时，开展专项测算分析，支持政策决策，评估风险与效率。

第八十一条 人社部门、税务机关等机构及其工作人员，应当依法为平台企业和新就业形态人员的信息保密。

第九章 附则

第八十二条 本规程未尽事宜，参照《工伤保险条例》和国家、我省工伤保险相关规定执行，但其中涉及劳动关系处理及劳动关系处理有关的待遇保障规定除外。

第八十三条 本规程自 2026 年 7 月 1 日起开始施行，有效期两年。

第八十四条 本规程由山西省人力资源和社会保障厅负责解释。

附件：1.新就业形态人员职业伤害保障费缴费申报表

2.职业伤害保障待遇申请超期说明

3.职业伤害保障伤残待遇申请表

4.职业伤害保障死亡待遇申请表

5.待遇申请表申报说明

6.职业伤害保障待遇申请材料补正告知书

7.职业伤害保障待遇垫付情况说明

8.知情同意确认书

9.职业伤害确认结论书

10.不予确认职业伤害结论书

11.职业伤害人员劳动能力鉴定申请表

12.职业伤害人员劳动能力初次（复查）鉴定结论书

13.职业伤害人员劳动能力再次鉴定结论书

14.职业伤害人员转诊转院申请表

15.职业伤害保障跨省异地就医（康复）备案表

16.职业伤害保障跨省异地配置辅助器具备案表

17.职业伤害人员配置（更换）辅助器具申请表

附件 1

新就业形态人员职业伤害保障费缴费申报表

费款所属期:　　年　　月　　日至　　年　　月　　日　　填表日期:　　年　　月　　日

平台企业名称				统一社会信用代码(纳税人识别号)				
社会保险经办机构				社会保险单位编号				
序　号	费种	费款品目	费款子目	总单量（单）	缴费基准额（元/单）	浮动后比例	缴费标准（元/单）	应缴费额(元)
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦=⑤×⑥	⑧=④×⑦
1								
2								
3								
……	……	……	……	……	……	……	……	……
合　计	——	——	——		——	——	——	

声明：本表是根据《新就业形态人员职业伤害保障办法（试行）》和《新就业形态人员职业伤害保障业务经办和征收管理规程（试行）》相关规定填写的，本单位对填报内容的真实性、完整性、准确性负责。

缴费人（印章）:　　年　　月　　日

经办人（签章）: 经办人身份证件号码: 经办人联系电话: 代理机构（印章）: 代理机构统一社会信用代码（纳税人识别号）:	受理人（签章）: 主管税务机关（印章）: 受理日期:　　年　　月　　日

填表说明

1.本表由平台企业依照山西省《新就业形态人员职业伤害保障实施办法（试行）》（以下简称《办法》）和《新就业形态人员职业伤害保障业务经办和征收管理规程（试行）》（以下简称《规程》）相关规定填写并向我省主管税务机关报送。

2.费款所属期：填写平台企业申报缴纳的职业伤害保障费费款所属月份的起始日和终止日。

3.平台企业名称：填写平台企业在全国信息平台登记的名称。

4.统一社会信用代码（纳税人识别号）：填写平台企业在全国信息平台登记的统一社会信用代码（纳税人识别号）。

5.社会保险经办机构：填写“山西省社会保险局”。

6.社会保险单位编号：填写平台企业在我省办理职业伤害保障参保登记时省级社会保险经办机构赋予的编号。该编号依照人力资源社会保障部《社会保险管理信息系统指标集与代码（LD/T92—2013）》规定编制。

7.费种：填写“职业伤害保障费”。

8.费款品目：填写平台企业申报缴纳的职业伤害保障费对应的经营行业。如：职业伤害保障费（出行）、职业伤害保障费（即时配送）、职业伤害保障费（同城货运）等；多个品目的，相应增加行次。

9.费款子目：填写平台企业申报缴纳的职业伤害保障费对应的经营业务项目。如：驾乘服务、代驾服务、食品（物品）配送服务、同城物品配送服务、货物运输及搬运服务等；多个子目的，相应增加行次。

10.总单量：填写平台企业申报缴纳的职业伤害保障费费款所属期（月份）内在我省执行的订单数量之和。

11.缴费标准：填写我省确定的平台企业每单缴纳职业伤害保障费标准。每单缴费标准＝缴费基准额×浮动后比例。

12.应缴费额：填写本表第④列“总单量”与第⑦列“缴费标准”之积，金额单位为人民币元（列至角分）。

13.缴费人：填写依照《办法》和《规程》相关规定负责申报缴纳职业伤害保障费的平台企业名称。

14.经办人：填写平台企业负责办理本表填报事项的经办人员姓名；平台企业书面委托代理机构代行办理本表填报事项的，填写代理机构经办人员姓名。

15.经办人身份证件号码：填写平台企业负责办理本表填报事项的经办人员的中华人民共和国居民身份证上的公民身份号码或者其他有效身份证件上的身份号码；有前者的，应当填写前者。

16.经办人联系电话：填写平台企业负责办理本表填报事项的经办人员联系电话号码。

17.代理机构：填写平台企业书面委托代行办理本表填报事项的代理机构全称。

18.代理机构统一社会信用代码(纳税人识别号)：填写平台企业书面委托代行办理本表填报事项的代理机构统一社会信用代码(纳税人识别号)。

19.受理人：填写依照《办法》和《规程》相关规定负责受理本表的税务机关工作人员姓名。

20.主管税务机关：填写负责平台企业在我省申报缴纳的职业伤害保障费征收管理的税务机关全称。

附件 2

职业伤害保障待遇申请超期说明

新就业形态人员_____，公民身份号码：_____，于____年__月__日发生事故伤害。根据相关规定，应于____年___月____日前提交职业伤害保障待遇给付申请。但因___

_____

原因未能及时提供相关材料，因此申请超期申报。特此说明。

平台企业或平台服务机构（盖章）：

日期：____年____月____日

附件 3

职业伤害保障伤残待遇申请表

申请人:　　联系电话:　　与受伤害新就业形态人员的关系:

<table>
<tr><td rowspan="3">新就业形态人员
基本信息</td><td>姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td></tr>
<tr><td>证件类型</td><td>□居民身份证 □其他</td><td>公民身份号码</td><td></td></tr>
<tr><td>个人联系电话</td><td></td><td>近亲属姓名及联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">职业伤害信息</td><td>受伤时间</td><td></td><td>受伤地点</td><td></td></tr>
<tr><td>受伤害部位</td><td></td><td>诊断时间</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="6">个人银行
账号信息</td><td colspan="4">□社会保障卡（系统自动关联，不需提供）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">□其他账号</td><td>银行</td><td colspan="2">----------银行 ----------支行（分行）</td></tr>
<tr><td>行号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>户名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>账号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>平台企业名称</td><td colspan="2"></td><td>平台服务机构名称</td><td></td></tr>
<tr><td>企业经办人姓名及联系电话</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>新就业形态人员受伤害经过简述</td><td colspan="4">（该栏填写事故发生时间、地点，当时所从事的工作，受伤害原因以及伤害部位和程度。）</td></tr>
<tr><td>申请事项</td><td colspan="2">请打“√”确认:
□职业伤害确认
□伤残长期待遇申请
□伤残一次性待遇申请
□零星报销(非联网结算)医疗待遇申请

申请人签名（按指印）:
年　月　日
●申请死亡待遇的，请直接填报附件4。</td><td colspan="2">平台企业/平台服务机构意见:

情况属实，同意申请。

经办人签字:
（公章）
年　月　日</td></tr>
<tr><td>非联网结算
（零星报销）
医疗待遇
申领填报</td><td colspan="4">申请: □医疗费用□康复治疗费用□辅助器具费用:
票据总金额_____元，票据张数_____张。

申请人签名（按指印）:
年　月　日</td></tr>
</table>

附件 4

职业伤害保障死亡待遇申请表

申请人:　　联系电话:　　与伤（亡）新就业形态人员的关系:

<table>
<tr><td rowspan="3">新就业形态人员基本信息</td><td>姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td></tr>
<tr><td>证件类型</td><td>□居民身份证 □其他</td><td>公民身份号码</td><td></td></tr>
<tr><td>近亲属姓名</td><td></td><td>近亲属联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">职业伤害信息</td><td>受伤时间及地点</td><td></td><td>死亡时间及地点</td><td></td></tr>
<tr><td>受伤害部位</td><td></td><td>诊断时间</td><td></td></tr>
<tr><td>平台企业名称</td><td colspan="2"></td><td>平台服务机构名称</td><td></td></tr>
<tr><td>企业经办人姓名及联系电话</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>新就业形态人员受伤害（亡）经过简述</td><td colspan="4">（该栏填写事故发生时间、地点，当时所从事的工作，受伤害原因以及伤害部位和程度。）</td></tr>
<tr><td>申请事项</td><td colspan="2">死亡人员近亲属选择事项，请打“√”确认:
□职业伤害确认
□零星报销(非联网结算)医疗待遇申请
□申领一次性职业伤害死亡补助金
□申领丧葬补助金
□申领供养亲属抚恤金

申请人签名（按指印):

年　月　日</td><td colspan="2">平台企业/平台服务机构意见:

情况属实，同意申请。

经办人签字:
（公章）

年　月　日</td></tr>
<tr><td>非联网结算（零星报销）医疗待遇申领填报</td><td colspan="4">申请: □医疗费用□康复治疗费用□辅助器具费用:
票据总金额_____元，票据张数_____张。

申请人签名（按指印):

年　月　日</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="10">死亡待遇申领填报</td><td rowspan="5">一次性职业伤害死亡补助金和丧葬补助金的申领</td><td colspan="2">银行</td><td>----------银行
-----支（分）行</td><td rowspan="4">备注：银行账户为职业伤害死亡人员的近亲属共同指定银行账户（账户可视情要求公证）</td></tr>
<tr><td colspan="2">行号</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">户名</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">账号</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">声　明
1.本人作为死亡人员的近亲属代表，申请领取职业伤害保障死亡待遇，保证将如实告知其他近亲属所享有的权利，依法处分所领取的待遇。因已领取的待遇处分所引发的法律纠纷，由本人负责处理并承担相关法律责任。
2.本人了解《中华人民共和国社会保险法》及相关政策法规关于申领一次性职业伤害死亡补助金和丧葬补助金的规定，代表死亡人员近亲属保证不在本市和外地重复申领丧葬补助金，如有多地重复申领丧葬补助金的行为，本人和其他近亲属愿意承担一切法律责任。
3.本人确认所填写内容和提交资料真实、准确、完整、有效；如有不实，愿意承担一切法律责任。
新就业形态人员近亲属签名（按指印）:
年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="5">供养亲属信息</td></tr>
<tr><td rowspan="12">供养亲属</td><td rowspan="4">①</td><td>供养亲属姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>公民身份号码</td><td></td></tr>
<tr><td>与死亡新就业形态人员关系</td><td></td><td>是否孤儿或孤寡老人</td><td></td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>联系地址</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>账户信息</td><td colspan="5">开户行_____开户行行号_____
开户名_____银行账户_____</td></tr>
<tr><td rowspan="4">②</td><td>供养亲属姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>公民身份号码</td><td></td></tr>
<tr><td>与死亡新就业形态人员关系</td><td></td><td>是否孤儿或孤寡老人</td><td></td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>联系地址</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>账户信息</td><td colspan="5">开户行_____开户行行号_____
开户名_____银行账户_____</td></tr>
<tr><td rowspan="4">③</td><td>供养亲属姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>公民身份号码</td><td></td></tr>
<tr><td>与死亡新就业形态人员关系</td><td></td><td>是否孤儿或孤寡老人</td><td></td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>联系地址</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>账户信息</td><td colspan="5">开户行_____开户行行号_____
开户名_____银行账户_____</td></tr>
<tr><td colspan="6">承　诺
1.本人了解《中华人民共和国社会保险法》《工伤保险条例》《新就业形态人员职业伤害保障办法（试行）》及相关政策法规关于申领供养亲属抚恤金的规定，符合本业务办理条件，即依靠死亡新就业形态人员生前提供主要生活来源，并承诺未在本市和外地重复申领供养亲属抚恤金。
2.本人确认填报和提交的所有信息、资料真实、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个人信息，用于核实承诺内容的真实性。
3.本人知悉如作出不实承诺，将被列入社会保险领域严重失信人名单，相关失信信息将在国家、省和市规定的信用门户网站和人力资源社会保障部门官网等媒介公示，并接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。</td></tr>
<tr><td colspan="2">供养亲属签名①（按指印）:</td><td colspan="2">供养亲属签名②（按指印）:</td><td colspan="2">供养亲属签名③（按指印）:</td></tr>
<tr><td colspan="3">代办人签名（按指印）:</td><td colspan="3">申请日期:　年　月　日</td></tr>
</table>

附件 5

待遇申请表申报说明

一、填表说明

1. 用钢笔或签字笔填写，字体工整清楚。

2. 申请人为平台企业或平台服务机构的，在首页申请人处加盖单位公章。

3. 受伤害部位一栏填写受伤害的具体部位。

4. 诊断时间一栏，受伤或死亡的，按初诊时间填写。

5. 申请事项栏，应勾选受伤害新就业形态人员或者其近亲属、工会组织提出的职业伤害待遇申请项目，并签字确认。

6. 平台企业/平台服务机构意见栏，应签署是否同意申请职业伤害，所填情况是否属实，经办人签字并加盖单位公章。

7. 此表一式两份，人社部门、申请人各留存一份。

二、申请职业伤害保障伤残待遇应提交材料

<table>
<tr><td rowspan="10">职业伤害确认申请材料</td><td rowspan="5">必须提交材料</td><td>1.职业伤害保障伤残待遇申请表</td></tr>
<tr><td>2.受伤害人员的居民身份证或社会保障卡等其他有效身份证明</td></tr>
<tr><td>3.医疗机构出具的受伤后诊断证明或救治记录</td></tr>
<tr><td>4.事故发生当日订单执行开始时间、出发地点、结束时间、结束地点、行程轨迹等接单数据</td></tr>
<tr><td>5.知情同意确认书</td></tr>
<tr><td rowspan="5">存在相关情形需提供材料</td><td>6.事故现场的图片、报警、出警记录等（仅限发生事故）</td></tr>
<tr><td>7.公安机关证明或者其他部门相关证明(仅限执行平台订单任务期间，因履行平台服务内容受到事故伤害、暴力等意外伤害或者发生事故下落不明的）</td></tr>
<tr><td>8.平台企业常规管理制度和公安机关交通管理部门或者其他相关部门的证明（仅限《办法》第十三条第一款第（二）项情形）</td></tr>
<tr><td>9.民政部门或者其他相关部门的证明(仅限在抢救救灾等维护国家利益、公共利益活动中受到伤害的）</td></tr>
<tr><td>10.革命伤残军人证或残疾军人证，及户籍所在地设区的市级以上人民政府退役军人事务部门组织医疗卫生专家小组确认出具的旧伤复发医学鉴定意见等（仅限原在军队服役、因战、因公负伤致残革命军人旧伤复发）</td></tr>
<tr><td rowspan="4" colspan="2">领取职业伤害保障待遇</td><td>1.收费票据、费用清单、诊断证明、病历资料（申报职业伤害医疗、康复费用时提供；职业伤害确认阶段已提供的，无需再次提供）</td></tr>
<tr><td>2.辅助器具配置收费凭证和配置服务记录(申报职业伤害辅助器具配置费时提供）</td></tr>
<tr><td>3.事故责任认定书、事故民事赔偿调解书或仲裁裁决书等（仅限涉及第三人责任的）</td></tr>
<tr><td>4.职业伤害保障跨省异地就医（康复）备案表、职业伤害保障跨省异地配置辅助器具备案表(仅限涉及跨省异地就医）</td></tr>
<tr><td rowspan="2" colspan="2">劳动能力鉴定</td><td>劳动能力鉴定申请表</td></tr>
<tr><td>完整病历材料（职业伤害确认阶段已提供的，无需再次提供）</td></tr>
</table>

三、申请职业伤害保障死亡待遇应提交材料

职业伤害确认申请材料	必须提交材料	1.职业伤害保障死亡待遇申请表
		2.受伤害人员的居民身份证或社会保障卡等其他有效身份证明
		3.医疗机构出具的受伤后诊断证明或救治记录(有救治情况时须提供)
		4.事故发生当日订单执行开始时间、出发地点、结束时间、结束地点、行程轨迹等接单数据
		5.死亡证明(居民死亡医学证明书、火化证明、殓葬证、因死亡注销户口证明、法院宣告死亡的生效判决书、我国驻境外使领事馆出具的中文版死亡证明等材料之一)
		6.知情同意确认书
	存在相关情形需提供材料	7.医疗机构的抢救证明(仅限突发疾病情形)
		8.事故现场的图片、报警、出警记录等(仅限发生事故)
		9.公安机关证明或者其他部门相关证明(仅限执行平台订单任务期间,因履行平台服务内容受到事故伤害、暴力等意外伤害或者发生事故下落不明的)
		10.平台企业常规管理制度和公安机关交通管理部门或者其他相关部门的证明(仅限《办法》第十三条第一款第(二)项情形)
		11.民政部门或者其他相关部门的证明(仅限在抢险救灾等维护国家利益、公共利益活动中受到伤害的)
领取职业伤害保障待遇	医疗待遇	1.收费票据、费用清单、诊断证明、病历资料(职业伤害确认阶段已提供的,无需再次提供)
		2.事故责任认定书、事故民事赔偿调解书或仲裁裁决书等(仅限涉及第三人责任的)
		3.辅助器具配置收费凭证和配置服务记录(申报职业伤害辅助器具配置费时提供)
		4.职业伤害保障跨省异地就医(康复)备案表、职业伤害保障跨省异地配置辅助器具备案表(仅限涉及跨省异地就医)
		5.新就业形态人员社会保障卡(符合条件的银行卡、存折);平台企业垫付费用的,需提供平台企业银行账号

	一次性待遇	1.死亡证明
		2.与死亡人员关系证明（结婚证、户口簿、亲属关系公证书、出生医学证明等材料之一）
		3.近亲属共同指定的一个具有金融功能的社会保障卡或银行卡，账户可视情要求公证
	供养亲属抚恤金	1.居民身份证原件
		2.与死亡人员关系证明（结婚证、户口簿、亲属关系公证书、出生医学证明等材料之一）
		3.供养亲属具有金融功能的社会保障卡或银行卡
		4.申领承诺书（依靠死亡人员生前提供主要生活来源、在校学生等）
		5.孤儿、孤寡老人提供相关资料
		6.劳动能力鉴定结论（仅限因完全丧失劳动能力情形）

四、其他

1.由平台企业垫付费用的，提供附件6《职业伤害保障待遇垫付情况说明》。

2.本规程所指相关材料，能够通过系统获取或部门间数据共享的，不需要重复提供。

附件 6

编号:

职业伤害保障待遇申请材料补正告知书

_____:

你（单位）于_____年_____月_____日提交的_____（身份证号码:　　）职业伤害保障待遇申请材料收悉。经审核，提交的材料不齐全，请补正以下材料:

1._____;

2._____;

3._____;

4._____;

5._____。

以上材料请于 10 日内补正，如有特殊情况请及时联系。特此告知。

联系电话:

联系地址:

（盖章）

年　　月　　日

附件 7

职业伤害保障待遇垫付情况说明

职业伤害人员_____，公民身份号码：_____，于____年___月____日发生事故伤害，已确认为职业伤害。期间医疗费用由_____（平台企业或平台服务机构）垫付_____元。双方承诺以上信息真实、有效，现申请将_____（姓名）的职业伤害医疗待遇_____元支付至 _____（平台企业或平台服务机构）银行账户：_____银行_____支行；户名_____；行号_____；账号：_____。

职业伤害人员签名（指印）：_____

平台企业或平台服务机构（盖章）：

日期：____年____月____日

附件 8

知情同意确认书

本人知晓并同意以下列方式接收职业伤害相关结论:

□1.现场送达（业务窗口自取）。

□2.短信送达，手机号码: _____。

□3.EMS 邮寄送达，通讯地址（必填）: _____。

□4.申请人通过当地人社部门线上服务渠道领取。

如因申请人本人原因，逾期未领取或手机号码、邮寄地址等有误无法送达的，由申请人承担相应法律后果。

申请人签名（指印）: _____

日期: ____年____月____日

附件 9

编号:

职业伤害确认结论书

申请人:

受伤害人员姓名:　　性别:　　年龄:

公民身份号码:

平台企业名称:

事故时间:　　年　　月　　日

事故地点:

诊断时间:　　年　　月　　日

受伤害部位名称:

受伤害经过、医疗救治的基本情况和诊断结论:

_____年_____月_____日受理_____的职业伤害确认申请后，根据提交的材料调查核实情况如下:

_____受到的事故伤害，符合《新就业形态人员职业伤害保障办法（试行）》第_____条第_____款第_____项之规定，属于职业伤害确认范围，现予以确认为职业伤害。

如对本职业伤害确认结论不服的，可自接到本结论书之日起 60 日内向 _____申请行政复议，或者向人民法院提起行政诉讼。

（盖章）

年　月　日

注：本结论书一式四份，社会保险行政部门、受伤害人员或其近亲属、平台企业、社会保险经办机构各留存一份。

附件 10

编号:

不予确认职业伤害结论书

申请人:

受伤害人员姓名:　　性别:　　年龄:

公民身份号码:

平台企业名称:

_____年_____月_____日受理_____的职业伤害确认申请后，根据提交的材料调查核实情况如下:

_____受到的事故伤害，不符合《新就业形态人员职业伤害保障办法（试行）》第十一条确认职业伤害的情形；或者根据《新就业形态人员职业伤害保障办法（试行）》第十一条之规定，属于不得确认为职业伤害的情形。现决定不予确认为职业伤害。

如对本职业伤害确认结论不服的，可自接到本结论书之日起 60 日内向_____申请行政复议，或者向人民法院提起行政诉讼。

（盖章）

年　月　日

注：本结论书一式四份，社会保险行政部门、受伤害人员或其近亲属、平台企业、社会保险经办机构各留存一份。

附件 11

职业伤害人员劳动能力鉴定申请表

<table>
<tr><td rowspan="5">职业伤害人员信息栏</td><td colspan="2">职业伤害人员姓名:</td><td rowspan="3">一寸近期免冠彩色照片</td></tr>
<tr><td colspan="2">职业伤害确认结论书编号:</td></tr>
<tr><td colspan="2">证件类型(请在□内打✓，单项选择)
居民身份证□　　社会保障卡□　　其他□
证件号码□□□□□□□□□□□□□□□□□□</td></tr>
<tr><td colspan="3">联系电话（必填一项）: _____（手机）_____（手机二）</td></tr>
<tr><td colspan="3">指定送达地址:
指定送达邮箱:
指定受送达人:　　邮编□□□□□□</td></tr>
<tr><td rowspan="4">平台企业信息栏</td><td colspan="3">平台企业名称:</td></tr>
<tr><td colspan="3">平台企业联系人:</td></tr>
<tr><td colspan="3">联系电话:（必填一项）: _____（手机）_____（手机二）</td></tr>
<tr><td colspan="3">指定送达地址:
指定送达邮箱:
指定受送达人:　　邮编□□□□□□</td></tr>
<tr><td rowspan="4">申报事项信息栏</td><td colspan="3">申请类型选择(请在□内打✓，单项选择):
□初次鉴定　□再次鉴定　□复查鉴定（初次）　□复查鉴定（再次）</td></tr>
<tr><td colspan="3">申请主体(请在□内打✓，单项选择):
□1.平台企业　□2.职业伤害人员　□3.近亲属：姓名_____；与职业伤害人员关系_____；身份证件号码：_____。□4.社会保险经办机构</td></tr>
<tr><td colspan="2">本人承诺：以上内容及所附其他材料均真实有效，如有虚假，愿承担相关法律责任。
申请人签名（盖章）: _____
年　月　日</td><td>本企业承诺：以上内容及所附其他材料均真实有效，如有虚假，愿承担相关法律责任。
申请单位签字（盖章）: _____
年　月　日</td></tr>
</table>

附件 12

职业伤害人员劳动能力初次（复查）鉴定结论书

___省（自治区、直辖市）____市（区）劳鉴职 ___年__号

被鉴定人: _____

公民身份号码: _____

指定送达地址: _____

平台企业: _____

事故发生时间: _____

伤残情况: _____

_____。

现场检查情况（如有现场检查）: _____

_____。

根据《劳动能力鉴定职工工伤与职业病致残等级》国家标准，经劳动能力鉴定专家组鉴定，你目前的伤残情况，符合_____

_____。

鉴定结论为_____。

对本鉴定结论不服的，可以自收到本鉴定结论书之日起 15 日内向_____省（自治区、直辖市）劳动能力鉴定委员会申请再次鉴定。

_____劳动能力鉴定委员会

年　　月　　日

（本鉴定结论书一式四份，职业伤害人员、平台企业、社会保险经办机构、劳动能力鉴定委员会各一份。）

附件 13

职业伤害人员劳动能力再次鉴定结论书

_____省（自治区、直辖市）　　劳鉴职 ___年 ___号

被鉴定人: _____

公民身份号码: _____

指定送达地址: _____

平台企业: _____

事故发生时间: _____

伤残情况: _____

_____。

现场检查情况（如有现场检查): _____

_____。

根据《劳动能力鉴定职工工伤与职业病致残等级》国家标准，经劳动能力鉴定专家组鉴定，你目前的伤残情况，符合_____

_____。

鉴定结论为_____。

本鉴定结论为最终结论。

_____劳动能力鉴定委员会

年　　月　　日

（本鉴定结论书一式四份，职业伤害人员、平台企业、社会保险经办机构、劳动能力鉴定委员会各一份。）

附件 14

职业伤害人员转诊转院申请表

姓名		公民身份号码	
职业伤害时间		职伤人员联系电话	
职伤确认诊断结论			
拟转入机构名称			
患者病情详述及转诊理由	医师签字:　　年　　月　　日		
工伤保险医疗服务协议机构意见	协议医疗机构（章） 经办人:　　年　　月　　日		
平台企业意见	平台企业（章） 经办人:　　年　　月　　日		
委托办理机构意见	委托办理机构（章） 经办人:　　年　　月　　日		
备注			

附件 15

职业伤害保障跨省异地就医（康复）备案表

编号:

<table>
<tr><td rowspan="4">新就业形态人员基本信息</td><td>姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td></tr>
<tr><td>公民身份号码</td><td></td><td>受伤部位</td><td></td></tr>
<tr><td>认定职业伤害确认书文（编）号</td><td></td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>联系地址</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">备案信息</td><td>备案类别</td><td colspan="3">☐新增　☐变更</td></tr>
<tr><td>人员类别</td><td colspan="3">☐异地长期居住就医人员　☐异地长期居住康复人员
☐异地转诊转院就医人员　☐异地转诊转院康复人员</td></tr>
<tr><td rowspan="3">申请人基本信息</td><td colspan="2">☐本人　☐新就业形态人员近亲属</td><td>近亲属姓名</td><td></td></tr>
<tr><td>近亲属公民身份号码</td><td></td><td>联系方式</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">申请人:
（指印）
年　月　日</td></tr>
<tr><td>就医地</td><td colspan="4">_____省（自治区、直辖市）_____市（县、区）</td></tr>
<tr><td>参保地经办机构意见</td><td colspan="4">☐同意　☐不同意_____（理由）
备案有效期: ___年___月___日至___年___月___日
（经办机构盖章）
经办人:　　年　月　日</td></tr>
</table>

备注: 1.本表一式二份，经办机构留存一份，申请人留存一份;

2.本表供新就业形态人员及其近亲属申请备案使用，新就业形态人员近亲属申请的，另须提供其有效身份证件和与新就业形态人员的关系佐证材料,新就业形态人员委托他人申请的，另须提供授权委托书;

3.转诊转院新就业形态人员另须提供参保地规定的协议机构转诊转院意见;

4.异地长期居住新就业形态人员，居住地为户籍所在地的另须提供户籍相关材料、居住地为非户籍所在地的须提供居住证、村（居）委会证明等长期居住佐证材料。

附件 16

职业伤害保障跨省异地配置辅助器具备案表

编号:

<table>
<tr><td rowspan="5">新就业形态人员基本信息</td><td>姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td></tr>
<tr><td>公民身份号码</td><td></td><td>受伤部位</td><td></td></tr>
<tr><td>认定职业伤害确认书文（编）号</td><td></td><td>辅助器具配置结论书文（编）号</td><td></td></tr>
<tr><td>配置费用核付通知单文（编）号</td><td></td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>联系地址</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">备案信息</td><td>备案类别</td><td colspan="3">☐新增　☐变更</td></tr>
<tr><td>人员类别</td><td colspan="3">☐异地长期居住人员☐转诊转院人员</td></tr>
<tr><td rowspan="5">申请人基本信息</td><td colspan="4">☐本人　☐新就业形态人员近亲属</td></tr>
<tr><td>近亲属姓名</td><td></td><td>近亲属公民身份号码</td><td></td></tr>
<tr><td>近亲属联系方式</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="4">申请人:
（指印）
年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">辅助器具基本信息</td><td>辅助器具名称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>最低使用年限</td><td></td><td>最高支付限额</td><td></td></tr>
<tr><td>配置地</td><td colspan="4">_____省（自治区、直辖市）_____市（县、区）</td></tr>
<tr><td>参保地经办机构意见</td><td colspan="4">☐同意　☐不同意_____（理由）
备案有效期: ___年___月___日至___年___月___日
（经办机构盖章）
经办人:　　年　月　日</td></tr>
</table>

备注: 1.本表一式二份，经办机构留存一份，申请人留存一份;
2.本表供新就业形态人员及其近亲属申请备案使用，新就业形态人员近亲属申请的，另须提供其有效身份证明和与新就业形态人员的关系佐证材料,新就业形态人员委托他人申请的，另须提供授权委托书;
3.转诊转院新就业形态人员另须提供参保地规定的转诊转院意见;
4.异地长期居住新就业形态人员，居住地为户籍所在地的另须提供户籍相关材料、居住地为非户籍所在地的须提供居住证、村（居）委会证明等长期居住佐证材料;
5.需要配置多项辅助器具的,分别填写辅助器具名称、最低使用年限和最高支付限额。

附件 17

职业伤害人员配置（更换）辅助器具申请表

<table>
<tr><td>姓名</td><td colspan="2"></td><td>公民身份号码</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>职业伤害时间</td><td colspan="2"></td><td>职伤确认诊断结论</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>联系电话</td><td colspan="2"></td><td>联系地址</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>辅助器具配置结论</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">辅助器具配置更换项目</td><td>项目 1</td><td></td><td>最低使用年限</td><td></td><td>上次配置时间</td><td></td></tr>
<tr><td>项目 2</td><td></td><td>最低使用年限</td><td></td><td>上次配置时间</td><td></td></tr>
<tr><td>项目 3</td><td></td><td>最低使用年限</td><td></td><td>上次配置时间</td><td></td></tr>
<tr><td>职业伤害人员申请</td><td colspan="6">本人签字:　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>平台企业意见</td><td colspan="6">平台企业（章）
经办人:　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>工伤保险辅助器具配置服务协议机构意见</td><td colspan="6">协议辅助器具配置机构（章）
经办人:　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>委托办理机构意见</td><td colspan="6">委托办理机构（章）
经办人:　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>备注</td><td colspan="6"></td></tr>
</table>

山西省人力资源和社会保障厅办公室　　2026年2月11日印发