江苏省新就业形态人员职业伤害保障业务经办和征收管理规程

第一章　总则 4
第二章　参保登记 5
第三章　申报缴费 7
第四章　职业伤害确认与劳动能力鉴定 10
第五章　待遇支付 212
第六章　资金管理 28
第七章　信息管理 29
第八章　其他 300

第一章　总则

第一条　为加强新就业形态人员职业伤害保障业务经办和征收管理，规范统一业务操作程序，依据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）及其《新就业形态人员职业伤害保障办法（试行）》（以下简称《办法》）、《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）》（人社厅函〔2025〕79号，以下简称《规程》）、《省人力资源社会保障等十部门关于扩大新就业形态人员职业伤害保障试点工作的通知》（苏人社发〔2025〕31号）及其《江苏省新就业形态人员职业伤害保障试点实施方案》（以下简称《实施方案》）等有关规定，结合我省实际情况，制定本规程。

第二条　本规程适用于全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）、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、新就业形态人员等办理职业伤害保障业务的活动。

第三条　平台企业缴纳的职业伤害保障费纳入工伤保险基金统一管理，资金在全省范围内统一归集和使用，统一核算和结算。职业伤害保障费预算和财务管理按照国家和省有关规定执行。

第四条 人社部门负责社会保险省级集中信息系统(以下简称省级集中系统)建设和运维；负责职业伤害保障参保登记、费率浮动、资金管理、委托承办机构协议管理及职业伤害确认、劳动能力鉴定、用款计划申请、待遇支付、职业伤害预防等工作。

第五条 税务机关负责职业伤害保障费征收管理工作，并及时将缴费信息回传给省级社会保险经办机构(以下简称省级经办机构)。

第六条 省级集中系统对接人力资源社会保障部建设的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)，实现部省间业务协同和信息流转，定期归集平台单量、参保登记、申报缴费、待遇申领核付等相关信息。

人社部门和税务机关加快推进经办、征管数字化转型，大力推行线上服务及咨询，优化办事流程，提供规范、便捷、高效的便民便企服务。

第七条 人社部门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。

第二章 参保登记

第八条 省级经办机构通过省级集中系统接收到平台企业

总部报送的参加职业伤害保障的登记信息后，应当及时为平台企业办理职业伤害保障登记，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。

省级经办机构通过省级集中系统接收到平台企业职业伤害保障的登记变更信息后，应当及时为平台企业办理职业伤害保障登记变更。

省级经办机构通过省级集中系统将平台企业职业伤害保障登记或者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。

第九条 省级经办机构从全国信息平台获取到平台企业总部每日4时前报送的前一日平台接单人员基础信息和接单汇总信息后，由省级经办机构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、接单所属设区市、每日总单量等信息。

省级人社部门每月5日前（如遇到法定节假日顺延）将本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。

人社部门和税务机关经比对发现相关数据有误的，平台企业

应积极配合省级人社部门核实修正，省级人社部门按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本省所辖行政区域内；

（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。

第十一条 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。省级人社部门会同相关部门可以根据职业伤害保障费收支情况，合理调整我省行业缴费基准额具体标准。

第十二条 省级经办机构根据《实施方案》负责本省行政区域内平台企业费率核定工作。

第十三条 平台企业缴费标准实行浮动管理，每年浮动调整一次，调整时间为调整年度的1月1日。

省级经办机构应于每个缴费标准执行周期开始的上一年度11月30日前将确定的缴费基准额、浮动档次和缴费标准函件告知平台企业。平台企业对缴费标准有异议的，应在收到或者应当收到告知后的10个工作日内，向省级经办机构提出重新核定

缴费标准的申请。省级经办机构应自收到平台企业申请之日起10个工作日内重新核定，并将重新核定结果和依据告知平台企业。

第十四条 省级经办机构根据平台企业上一年度11月至当年度10月期间（以下简称测算周期）的支缴率确定其在下一浮动周期内的缴费标准。

平台企业支缴率，是指测算周期内支付给该平台企业职业伤害人员的职业伤害保障待遇，占该平台企业当年度缴费基准额乘以测算周期内实际缴费订单之积的比例。

属于下列情形之一的，产生的职业伤害保障待遇不纳入支缴率核算范围：

（一）新就业形态人员在抢险救灾等维护国家利益、公共利益活动中受到伤害的；

（二）新就业形态人员原在军队服役，因战、因公负伤致残，已取得《中华人民共和国残疾军人证》，在平台企业就业期间旧伤复发的。

平台企业首次参保且缴费不满1年的，累计至下一年度浮动。

第三章 申报缴费

第十五条 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（以

下简称主管税务机关）。

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个工作日内向主管税务机关办理缴费登记，所需资料包括：

（一）新就业形态人员职业伤害保障费缴费登记表；

（二）加载统一社会信用代码的营业执照副本（未换照的出示税务登记证副本）或者加盖纳税人印章的副本复印件；

（三）法定代表人身份证复印件；

（四）经办人身份证复印件。

第十六条 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，按照对账单上列明的本省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）。

第十七条 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。职业伤害保障费款先缴入国库再划转

至省级社会保障基金财政专户。

第十八条 平台企业总部在申报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。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

第十九条 《办法》第十一条第一款第（一）项中“执行平台订单任务期间”指新就业形态人员从事与执行平台订单任务有关的工作，原则上应掌握自接单开始执行之时起，至该接单任务完成之时止。

《办法》第十一条第一款第（一）项中“履行平台服务内容”分别是指网约车司机提供驾乘、即时配送提供的食品（物品）配送、同城货运提供的货物运输及搬运服务等。

《办法》第十一条第一款第（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），根据平台企业管理要求，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。

第二十条 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：发生时间，发生地所在县（市、区）行政区划，发生地所在县（市、区）名称，发生地具体地点，事故或者伤害类型（如交通事故、暴力等意外伤害），事故或者伤害情况（含受伤部位及发生过程）等；

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

（四）其他信息：《办法》第十一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，平台企业可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。

第二十一条 在本省行政区域内发生的职业伤害，由发生地的县级以上人社部门负责受理；职业伤害发生地跨省内行政区划的，由出具交通事故认定书或者出具接处警记录的公安部门所在

地的县（市、区）的人社部门处理。

跨省执行平台订单任务发生事故伤害的，以实际参保缴费的接单地（省份-市或者直辖市-区县）作为职业伤害发生地，由当地人社部门负责受理。

第二十二条 在本省行政区域内参保缴费的新就业形态人员发生职业伤害的，平台企业应当在伤害发生之日起30日内，通过全国信息平台或者省级集中系统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。

平台企业总部也可以委托当地的平台服务机构，向职业伤害发生地的人社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。

平台企业未按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，直接向具有管辖权的人社部门提出职业伤害保障待遇给付申请。

平台企业或者新就业形态人员等有下列情形之一的，被延误的时间不计算在职业伤害保障待遇申请时限内：

（一）受不可抗力影响的；

（二）新就业形态人员由于被国家机关依法采取强制措施等人身自由受到限制不能提出职业伤害保障待遇申请的；

（三）其他符合法律法规规定的情形。

第二十三条 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申请的，应在申请期限到期前，向具有管辖权的人社部门说明合理原因，提交职业伤害保障待遇申请超期说明（附件2）。经报具有管辖权的人社部门同意，申请时限最长可延期至职业伤害发生之日起1年内。平台企业或者新就业形态人员应当在延长期满前提出职业伤害保障待遇申请。

平台企业未在规定的时限内或者人社部门同意延长的申请时限内提交职业伤害保障待遇给付申请的，在平台企业提交职业伤害保障待遇给付申请前发生的符合《办法》《规程》《实施方案》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。

第二十四条 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）。

（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，如该订单存在转单的，需另外提供该订单的转单时间、转单地点、转单原因等接单数据；

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，

当地人社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企业授权的平台服务机构费用的，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6）；

（六）《知情同意确认书》（附件7），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，提交公安机关的证明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《中华人民共和国残疾军人证》，在平台就业期间旧伤复发的，提交《中华人民共和国残疾军人证》，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证明。

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撤销职业伤害保障待遇申请。

第二十五条 人社部门收到职业伤害保障待遇申请后，应及时审核申请材料。遇有申请人提供材料不完整的，人社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全部材料。申请人收到《职业伤害确认申请材料一次性补正告知书》（附件8）后，应当在10日内提交补正材料。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。申请人无正当理由在规定时限内不提交补正材料的，人社部门可以根据已经提供的申请材料开展或者终止职业伤害确认程序。补正材料的时间不计入职业伤害确认期限。

第二十六条 人社部门收到职业伤害保障待遇申请后，应当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证明信息材料，在30个工作日内作出确认结论。事实清楚、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。

第二十七条 人社部门收到职业伤害保障待遇申请后,有下列情形之一的,可以中止职业伤害确认程序:

(一)需要以司法机关、有关行政主管部门或者相关机构的结论为依据,而司法机关、有关行政主管部门或者相关机构尚未作出结论的;

(二)由于不可抗力导致职业伤害确认难以进行的;

(三)法律、法规、规章规定需要中止的其他情形。

中止职业伤害确认程序的,应当向平台企业、新就业形态人员或者其近亲属、工会组织送达《职业伤害确认中止通知书》(附件9)。中止情形消失的,应当恢复职业伤害确认程序。中止职业伤害确认的时间不计入职业伤害确认期限。

第二十八条 人社部门收到职业伤害保障待遇申请后,有下列情形之一的,可以终止职业伤害确认程序:

(一)申请人不具备申请资格的;

(二)申请人撤回职业伤害保障待遇申请的;

(三)职业伤害保障待遇申请超过规定时限且无法定理由的;

(四)法律、法规、规章规定的可以终止的其他情形。

终止职业伤害确认,应当向平台企业、新就业形态人员或者其近亲属、工会组织送达《职业伤害确认终止通知书》(附件

10）。因申请人撤回职业伤害保障待遇申请终止职业伤害确认的，在法定时限内，申请人可以再次提出职业伤害保障待遇申请。

第二十九条 人社部门受理职业伤害保障待遇申请后，可以根据需要对案件进行调查核实。平台企业、新就业形态人员或者其近亲属、工会组织等应当配合人社部门调查核实，并提供有关证据材料。

进行调查核实时，应由两名以上工作人员共同进行，与职业伤害确认案件有利害关系的工作人员应当回避。

第三十条 在进行职业伤害确认时，可以进行以下工作：

（一）根据工作需要，进入有关单位和事故现场；

（二）依法查阅与职业伤害确认有关的资料，询问现场人员、知情人员和相关人员，重点核实受伤害人员的身份，受伤害时间、地点、原因、过程，相关部门的认定和处理情况等，并作出调查笔录；

（三）勘验、记录、录音、录像、照像、复制与职业伤害确认有关的资料。

现场勘验应当制作现场勘验记录。调查询问应当制作调查笔录，制作调查笔录时，应当告知被调查人的权利、义务和提供虚假证词的后果，调查笔录经被调查人查看并无异议后签名确认。查阅材料应当做好阅卷记录。

调查核实工作的证据收集参照行政诉讼证据收集的有关规定执行。

第三十一条 人社部门工作人员进行调查核实时，有关单位和个人应当予以协助。平台企业、工会组织、医疗机构以及有关部门应当安排相关人员配合工作，据实提供情况和证明材料。

人社部门进行调查核实时，应当履行下列义务：

（一）保守国家秘密、商业秘密以及个人隐私；

（二）为提供情况的有关人员保密。

第三十二条 新就业形态人员或者其近亲属、工会组织认为是职业伤害，平台企业不认为是职业伤害的，由平台企业承担举证责任。人社部门应当书面通知平台企业举证。平台企业应当在收到《职业伤害确认限期举证通知书》（附件11）后15日内进行举证，无正当理由在规定时限内不提供证据的，人社部门可以根据新就业形态人员或者其近亲属、工会组织以及相关部门提供的证据，或者调查核实取得的证据，依法作出职业伤害确认结论。举证时间不计入职业伤害确认期限。

第三十三条 人社部门作出的职业伤害确认结论（附件12），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。

第三十四条 人社部门作出的不予确认职业伤害结论（附件13），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。

人社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。

第三十五条 职业伤害确认结论文书送达后，存在下列情形之一的，可以对职业伤害确认结论文书作出变更：

（一）受伤部位或者伤情没有载明或者有误的；

（二）文书描述中存在事实疏漏或者书写错误的；

（三）法律法规规定的其他可以变更职业伤害确认结论的情形。

第三十六条 职业伤害确认结论文书送达后，存在下列情形之一的，可以对职业伤害确认结论文书作出撤销：

（一）主要证据改变、影响职业伤害确认结论的；

（二）同一申请事项出具多个职业伤害确认或者工伤认定结论

的；

（三）出具超越法定范围的行政文书的；

（四）存在事实不清、程序错误或者适用法律依据有误的；

（五）因当事人隐瞒有关情况或者提供虚假材料，导致职业伤害确认结论错误的；

（六）法律法规规定的其他可以撤销职业伤害确认结论的情形。

申请人提出撤销职业伤害确认结论的，应当提交书面申请、原职业伤害确认结论和相关证据材料。

第三十七条 出现第三十五条、第三十六条情形的，人社部门应当进行核实。经核查属实的，可以变更或者撤销原职业伤害确认结论。经行政复议、行政诉讼程序的案件如有变更或者撤销情形的，应当向行政复议、行政诉讼机关进行报备。

有关部门和机构应以社会保险行政部门重新作出的确认结论为依据，办理相关业务。

第三十八条 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派单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，当地人社部门经调查核实后确认首单平台责任。

第三十九条 职业伤害确认结论作出后，人社部门应当做好后续环节的工作衔接和指引，通过线上或者线下多种服务渠道及时提醒、告知新就业形态人员和平台企业关于劳动能力鉴定申请、医疗费报销、待遇享受等有关工作安排和要求。

第四十条 职业伤害人员经治疗伤情相对稳定后存在残疾，影响劳动能力的，平台企业或者服务机构、本人或者其近亲属应当及时通过当地人社部门线上服务渠道或者当地经办大厅选择申请鉴定类型，预约劳动能力鉴定时间，按照规定持相关病历诊断材料等参加职业伤害确认地的设区市劳动能力鉴定委员会组织的劳动能力鉴定。

第四十一条 劳动能力鉴定委员会应当自受理劳动能力鉴定申请之日起60日内作出劳动能力鉴定结论，遇有伤病情复杂、涉及医疗卫生科目较多等必要情形时，作出劳动能力鉴定结论的期限可以延长30日。

第四十二条 职业伤害确认、劳动能力鉴定相关文书的送达，参照民事诉讼法关于送达的规定执行。人社部门、劳动能力鉴定委员会应当按照申请人事先知情同意并留存的送达方式予以

送达，并将结论信息推送至全国信息平台后送达平台企业总部。

对申请人选择短信、互联网服务渠道送达的，应在作出职业伤害确认结论、劳动能力鉴定结论之日起3个工作日内送达平台服务机构、新就业形态人员或者其近亲属等申请人；对申请人选择现场送达、EMS邮寄送达的，应在作出职业伤害确认结论之日起20日内、作出劳动能力鉴定结论之日起15日内送达平台服务机构或者新就业形态人员或者其近亲属等申请人。

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，也可以通过全国信息平台查询结论信息。

职业伤害确认、劳动能力鉴定相关文书通过省级集中系统实现人社部门内部自动推送。

第五章　待遇支付

第四十三条　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，应当在职业伤害确认地签订工伤保险医疗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。治疗职业伤害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。

第四十四条 新就业形态人员经职业伤害确认地签订工伤保险康复服务协议的康复机构（以下简称协议康复机构）专家认为具有康复价值的，由协议康复机构提出康复治疗方案、报职业伤害确认地的经办机构备案，到协议机构进行康复。

第四十五条 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，应当到与职业伤害确认地经办机构签订工伤保险辅助器具配置服务协议的辅助器具机构安装假肢、矫形器、假眼、假牙和配置轮椅等辅助器具，辅助器具配置按照《工伤保险辅助器具配置管理办法》（人力资源和社会保障部 民政部 国家卫生和计划生育委员会令第27号）执行，辅助器具配置目录和支付标准按照《关于印发工伤保险辅助器具配置目录的通知》（人社厅函〔2012〕381号）和江苏省关于工伤保险辅助器具配置相关规定执行。

第四十六条 职业伤害人员需长期居住在职业伤害确认地所属设区市以外且有就医需求的、或因伤情需要到职业伤害确认地所属设区市以外医疗机构就医的，应按照江苏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、江苏智慧人社APP等线上途径或者线下向职业伤害确认地经办机构提出异地就医备案申请（附件15、16），经审核通过后，符合条件的异地就医相关费用可直接联网结算或者在就医结束后到职业伤害确认地经办机构申请手工报销。

第四十七条 新就业形态人员发生伤害，自确认为职业伤害

之日起至职业伤害发生2年内的、无第三方责任的医疗费、康复费和辅助器具配置费(以下简称医疗费)纳入联网直接结算范围。其后确有医疗需求的职业伤害人员可向职业伤害确认地经办机构提出医疗费联网直接结算申请,经办机构根据伤情审核确定其医疗费可联网直接结算时间,原则上每次联网结算时间不超过2年。新就业形态人员持社会保障卡到工伤保险协议机构就诊,工伤保险协议机构参照工伤保险联网结算相关要求传递明细,经办机构按规定审核费用,符合规定的费用从职业伤害保障资金中支付。

第四十八条 新就业形态人员未通过联网直接结算的医疗费,可至职业伤害确认地经办机构办理手工报销,并提供下列材料:

(一)申报职业伤害医疗、康复费用的,需提供医疗机构收费票据原件、门诊病历、门诊费用清单、出院小结、住院费用明细汇总表;

(二)申报职业伤害辅助器具配置费的,还需提供辅助器具配置收费凭证和配置服务记录;

(三)涉及第三人责任的,适用本条第(一)(二)项的相关规定,还应当提供下列民事伤害赔偿法律文书:

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;

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证明资料；

（四）涉及第三人责任的，经办机构审核职业伤害保障待遇时，应当同时审核民事伤害赔偿法律文书，根据民事伤害赔偿法律文书确定第三方赔偿的医疗费，根据民事伤害赔偿法律文书确定的医疗费与职业伤害保障待遇中的医疗费比较，不足部分由职业伤害保障资金予以补足，补足金额不应超过职业伤害人员本人承担的事故比例对应的医疗费，其职业伤害保障医疗待遇不重复享受，并按照以下方式处理：

1.无法确定第三人的，医疗费待遇申领参照无第三人职业伤害确认处理；

2.有明确第三人、新就业形态人员无责任的，第三人承担100%赔偿责任，新就业形态人员不承担责任；

3.有明确第三人、新就业形态人员负次要责任的，按照事故责任认定书中承担责任的比例计算赔偿责任，事故责任认定书中承担责任比例不明确的，由第三人承担70%赔偿责任，新就业形态人员承担30%责任；

4.有明确第三人、新就业形态人员负主要责任的，按照事故责任认定书中承担责任的比例计算赔偿责任，事故责任认定书中承担责任比例不明确的，由第三人承担30%赔偿责任，新就业形态人员承担70%责任；

5.有明确第三人和新就业形态人员负同等责任的，由第三人承担50%赔偿责任，新就业形态人员承担50%责任；

6.有明确第三人但无法确定职业伤害事故双方当事人责任比例的，按照双方当事人同等责任处理；

对手工报销医疗待遇时材料不全的，经办机构应一次性告知申请人需要补正的全部材料。对于材料齐全的，原则上在7个工作日内完成医疗费审核报销。

第四十九条 申请人对鉴定结论无异议的，职业伤害确认地经办机构可以按照规定核发相关待遇。职业伤害确认地经办机构在接收到最终生效的劳动能力鉴定结论后，于次月起将下列待遇直接发放给新就业形态人员待遇支付银行账号（社会保障卡银行账号等），待遇计发基数为上年度城镇私营单位就业人员月平均工资的60%：

（一）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27个月，二级伤残25个月，三级伤残23个月，四级伤残21个月，五级伤残18个月，六级伤残16个月，七级伤残13个月，八级伤残11个月，九级伤残9个月，十级伤残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。

第五十条 职业伤害确认地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%。核定的各供养亲属的抚恤金之和不应高于上年度全省城镇私营单位就业人员月平均工资的60%；

（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。

新就业形态人员因职业伤害死亡或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。丧葬补助金和供养亲属抚恤金计发基数为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%。

一级至四级伤残人员在职业伤害治疗期满后死亡的，其近亲属可以享受本条第一款第（一）项、第（二）项规定的待遇。丧葬补助金和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%。

第五十一条 一级至四级职业伤害人员在治疗职业伤害期满后死亡的，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基本养老保险其中一种。

选择享受职业伤害保障供养亲属抚恤金待遇，并且已经享受城乡居民基本养老保险待遇的职业伤害人员近亲属，其职业伤害保障供养亲属抚恤金待遇标准高出当地城乡居民基本养老保险基础养老金的差额部分，由工伤保险基金补足，从职业伤害保障支出科目中列支。

第五十二条 新就业形态人员因职业伤害需要暂停工作、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。治疗职业伤害期一般不超过12个月，应当凭签订服务协议的医疗机构出具的休假证明确定。伤情严重或者情况特殊，经设区的市级劳动能力鉴定委员会确认，可适当延长，延长不得超过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，由所在平台企业或者平台服务机构负责。

新就业形态人员在治疗职业伤害期内接单的，职业伤害治疗

期终止。

第五十三条 伤残津贴、供养亲属抚恤金、生活护理费每年1月1日起根据上一年度全省城镇私营单位就业人员月平均工资的60%调整。已在上一年度12月31日前享受上述定期待遇的人员，上一年度全省城镇私营单位就业人员月平均工资下降时不调整。

《江苏省新就业形态人员职业伤害保障试点实施方案》执行时已享受定期待遇的人员，其领取的待遇水平高于本条前款计发标准的，仍按原待遇水平计发；其领取的待遇水平低于本条前款计发标准的，按本条前款处理。

第五十四条 职业伤害人员复查鉴定伤残等级改变的，不再重新计发一次性伤残补助金，其他职业伤害保障待遇按照新的伤残等级享受。达到领取伤残津贴或者一次性津贴条件的，自作出复查鉴定结论的次月起，以复查鉴定结论作出时上一年度全省城镇私营单位就业人员月平均工资的60%为待遇计发基数计发伤残津贴或者一次性津贴。

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）和《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）的规定，与财政部门、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在社会保险费收入科目下设立的职业伤害保障费收入科目单独核算。

第五十七条 职业伤害保障各项待遇支出、劳动能力鉴定费、委托商业保险机构承办服务费等，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，财务部门单独核算，业务部门与财务部门应当定期对账，确保账证相符、账账相符、账实相符。

第五十八条 职业伤害保障资金支出时，经办机构应当通过社银系统对接方式委托金融机构在规定时间内支付，支付后依据银行返回数据文件确认到账，依据基金支付审批单据和银行拨款凭证等核算各项支出。

第七章 信息管理

第五十九条 加强部门和部省间业务协同与信息流转。全国信息平台定期归集跨省经营的平台企业总单量、人员信息、待遇申请等相关信息，推送给省级集中系统，全省总单量、接单人员

等信息按日推送。省级集中系统按日汇总接收相关信息。

省级人社部门每月将平台企业的参保登记信息、总单量，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，将参保登记、职业伤害确认、劳动能力鉴定、职业伤害保障待遇申领核付等全流程业务信息及电子材料同步推送至全国信息平台，确保信息的及时、完整和准确。

省级人社部门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。

第六十条 省级税务机关应当及时按照“全量足额”的原则进行征缴，并将申报缴费信息通过社税信息共享平台回传给省级人社部门，省级人社部门根据全国平台推送的总单量、缴费标准和应缴总额，对回传数据进行一致性、完整性和准确性校验，通过后由省级集中系统进行记账处理，同时由省级人社部门通过省级集中系统将相关数据同步推送至全国信息平台。

第八章 其他

第六十一条 平台企业应当落实职业伤害保障的主体责任，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，由当地人力资源社会保障行政部门责令改正；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。

第六十二条 平台企业应当按照国家规定和省相关要求开展职业伤害预防工作，健全安全管理制度和防护措施，加强新就业形态人员的安全教育管理，配合人社部门深化主题宣传、培训等活动，预防、减少职业伤害事故。

人社部门开展职业伤害预防进入平台企业主题活动，结合行业特点，深入各平台企业宣传，切实提高平台企业参保意识，增强新就业形态人员职业伤害预防观念。

第六十三条 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。

第六十四条 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。

第六十五条 本规程未尽事宜，参照《工伤保险条例》《江苏省实施〈工伤保险条例〉办法》等相关规定执行，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。劳动能力鉴定未尽事宜参照江苏省劳动能力鉴定有关规定执行。

第六十六条 本规程自印发之日起施行。2025 年 7 月 1 日起发生职业伤害情形的职业伤害人员，按照《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〈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）有关规定执行；2025年7月1日前发生职业伤害情形的职业伤害人员，按修订前的规程有关规定执行。根据试点运行情况，适时对规程相关内容进行调整。本规程施行后，国家和省作出新规定的，从其规定。

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. 职业伤害保障待遇垫付情况说明

7. 知情同意确认书

8. 职业伤害确认申请材料一次性补正告知书

9. 职业伤害确认中止通知书

10. 职业伤害确认终止通知书

11. 职业伤害确认限期举证通知书

12. 职业伤害确认结论书

13. 不予确认职业伤害结论书

14. 职业伤害保障跨省（省内）异地就医（康复）备案表

15. 职业伤害保障跨省（省内）异地配置辅助器具备案表

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

平台企业总部名称				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《江苏省新就业形态人员职业伤害保障试点实施方案》和《江苏省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）： 接单地主管税务机关（印章）： 受理日期：　　年　　月　　日

填表说明

1.本表由平台企业依照《新就业形态人员职业伤害保障办法（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》）相关规定填写并报送接单地省主管税务机关。

2.费款所属期：填写平台企业在接单地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.平台企业总部名称：填写平台企业总部注册登记的名称。

4.统一社会信用代码（纳税人识别号）：填写平台企业总部统一社会信用代码（纳税人识别号）。

5.社会保险经办机构：填写平台企业在接单地办理职业伤害保障参保登记的省级社会保险经办机构全称。

6.社会保险单位编号：填写平台企业在接单地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和社会保障部《社会保险管理信息系统指标集与代码（LD/T 92—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）内在接单地全省执行的订单数量之和。

11.缴费标准：填写接单地省级人力资源社会保障部门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》相关规定申报缴纳职业伤害保障费的平台企业总部注册登记的名称。

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.接单地主管税务机关：填写负责平台企业在接单地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。

平台企业或者平台服务机构（盖章）：

日期：____年____月____日

附件 3

职业伤害保障伤残待遇申请表

流水号：

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="5">新就业形态
就业人员
基本信息</td><td>姓名</td><td colspan="2"></td><td>性别</td><td></td></tr>
<tr><td>身份证件类型</td><td colspan="2">□居民身份证；□其他</td><td>身份证件号码</td><td></td></tr>
<tr><td>个人联系电话</td><td colspan="2"></td><td>送达方式</td><td>□自取；□短信；□邮寄</td></tr>
<tr><td>近亲属姓名</td><td colspan="2"></td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>联系地址</td><td colspan="4">_____省_____市_____县（市区）_____</td></tr>
<tr><td rowspan="3">职业伤害信息</td><td>受伤时间</td><td colspan="2"></td><td>诊断时间</td><td></td></tr>
<tr><td>受伤部位</td><td colspan="2"></td><td>诊断医院</td><td></td></tr>
<tr><td>受伤地点</td><td colspan="4">_____省_____市_____县（市区）_____</td></tr>
<tr><td rowspan="4">个人银行
账号信息</td><td colspan="5">□社会保障卡（系统自动关联，不需提供）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">□其他账号</td><td>银行</td><td colspan="3">_____银行 _____支行（分行）</td></tr>
<tr><td>户名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>账号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>平台企业名称</td><td colspan="2"></td><td>服务机构名称</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>经办人姓名</td><td colspan="2"></td><td>联系电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>送达方式</td><td colspan="2">□自取；□短信；□邮寄</td><td>联系地址</td><td colspan="2">_____省_____市_____县（市区）_____</td></tr>
<tr><td>新就业形态人员受伤害经过简述</td><td colspan="5">（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="3">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《职业伤害保障死亡待遇申请表》。</td><td colspan="2">平台企业意见：

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="5">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

流水号：

申请人：　　联系电话：　　与伤（亡）新就业形态人员的关系：

<table>
<tr><td rowspan="5">新就业形态人员基本信息</td><td>姓名</td><td colspan="2"></td><td>性别</td><td></td></tr>
<tr><td>身份证件类型</td><td colspan="2">□居民身份证；□其他</td><td>身份证件号码</td><td></td></tr>
<tr><td>个人联系电话</td><td colspan="2"></td><td>送达方式</td><td>□自取；□短信；□邮寄</td></tr>
<tr><td>近亲属姓名</td><td colspan="2"></td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>联系地址</td><td colspan="4">_____省_____市_____县（市区）_____</td></tr>
<tr><td rowspan="3">职业伤害信息</td><td>伤（亡）时间</td><td colspan="2"></td><td>诊断时间</td><td></td></tr>
<tr><td>受伤害部位</td><td colspan="2"></td><td>诊断医院</td><td></td></tr>
<tr><td>伤（亡）地点</td><td colspan="4">_____省_____市_____县（市区）_____</td></tr>
<tr><td>平台企业名称</td><td colspan="2"></td><td>服务机构名称</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>经办人姓名</td><td colspan="2"></td><td>联系电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>送达方式</td><td colspan="2">□自取；□短信；□邮寄</td><td>联系地址</td><td colspan="2">_____省_____市_____县（市区）_____</td></tr>
<tr><td>新就业形态人员受伤害（亡）经过简述</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>申请事项</td><td colspan="3">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="5">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>
<tr><td rowspan="3">死亡待遇申领填报</td><td rowspan="3">一次性职业伤害死亡补助金</td><td>银行</td><td colspan="2">_____银行 _____支行（分行）</td><td rowspan="3">备注：银行账户为职业伤害死亡新就业形态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>户名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>账号</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="15"></td><td>和丧葬补助金的申领</td><td colspan="7">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="8">供养亲属信息</td></tr>
<tr><td rowspan="13">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>社会保障卡号</td><td></td></tr>
<tr><td>与死亡新就业形态人员的关系</td><td></td><td>是否孤寡</td><td></td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>联系地址</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>账户信息</td><td colspan="5">开户行_____　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>社会保障卡号</td><td></td></tr>
<tr><td>与死亡新就业形态人员关系</td><td></td><td>是否孤寡</td><td></td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>联系地址</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>账户信息</td><td colspan="5">开户行_____　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>社会保障卡号</td><td></td></tr>
<tr><td>与死亡新就业形态人员关系</td><td></td><td>是否孤寡</td><td></td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>联系地址</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>账户信息</td><td colspan="5">开户行_____　开户名_____银行账户_____</td></tr>
<tr><td colspan="7">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，无工资、城镇职工基本养老保险金或者其他经济收入，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，涒及犯罪的移交司法机关处理。</td></tr>
<tr><td colspan="3">供养人签名①（按指印）：
代办人签名（按指印）：
申请日期：　　年　　月　　日</td><td colspan="2">供养人签名②（按指印）：
代办人签名（按指印）：
申请日期：　　年　　月　　日</td><td colspan="2">供养人签名③（按指印）：
代办人签名（按指印）：
申请日期：　　年　　月　　日</td></tr>
</table>

附件 5

申报说明

一、填表说明

1.用钢笔或者签字笔填写，字体工整清楚。

2.申请人为平台企业或者平台服务机构的，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，受伤或者死亡的，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保障待遇申请项目，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或电子公章。

7.此表一式两份，人力资源社会保障部门、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

职业伤害确认申请材料	**必须提交材料**	1.职业伤害保障伤残待遇申请表
		2.受伤害人员的身份证或者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者救治记录
		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，如该订单存在转单的，需另外提供该订单的转单时间、转单地点、转单原因等接单数据（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，当地人社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）
		5.知情同意确认书
	存在相关情形需提供材料	6.事故现场的图片、报警、出警记录等（仅限发生事故）
		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）

		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》第十一条第一款第（二）项情形）
		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）
		10.《中华人民共和国残疾军人证》，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）
领取职业伤害保障待遇		1.收费票据原件、门诊病历、门诊费用清单、出院小结、住院费用明细汇总表（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）
		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）
		3.涉及第三人责任的，需提供以下民事伤害赔偿法律文书： （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； （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证明资料。
		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.由平台企业或经平台企业授权的平台服务机构垫付费用的，提供垫付方银行账号和个人双方确认垫付事实的书面材料（可后期补充）
劳动能力鉴定		劳动能力鉴定申请表
		完整病历材料（职业伤害确认阶段已提供的，无需再次提供）

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.职业伤害保障工亡待遇申请表
		2.受伤害人员的居民身份证或者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者救治记录（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，如该订单存在转单的，需另外提供该订单的转单时间、转单地点、转单原因等接单数据（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，当地人社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）
		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》第十一条第一款第（二）项情形）
		11.民政部门或者其他相关部门的证明（仅限在抢救救灾等维护国家利益、公共利益活动中受到伤害的）
		12.《中华人民共和国残疾军人证》，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）

领取职业伤害保障待遇	**医疗费、康复费、辅助器具配置费**	1.收费票据原件、门诊病历、门诊费用清单、出院小结、住院费用明细汇总表（职业伤害确认阶段已提供的，无需再次提供）
		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）
		3.涉及第三人责任的，需提供以下民事伤害赔偿法律文书： （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； （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证明资料。
		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）
	一次性职业伤害死亡补助金、丧葬补助金	1.新就业形态人员死亡证明原件（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）
		2.申请人与新就业形态人员关系证明原件（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金融账户或者银行卡，账户可视情要求公证
	供养亲属抚恤金	1.供养亲属居民身份证或者户口簿
		2.供养亲属与职业伤害死亡人员的亲属关系证明原件（结婚证、户口薄、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金融账户或者银行卡
		4.无工资、城镇职工基本养老保险金或者其他生活来源及依靠职业伤害死亡人员生前提供主要生活来源的承诺书

		5.孤儿、孤寡老人提供民政部门相关资料。
		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.由平台企业或经平台企业授权的平台服务机构垫付费用的，提供附件6《职业伤害保障待遇垫付情况说明》。

2.对于重大职业伤害事故，新就业形态人员住院期间在工伤保险医疗服务协议机构发生的符合国家和省规定的由职业伤害保障基金支付的高额医疗费用，可分次向参保地经办机构申请结算。

3.医疗费用如涉及医疗保险基金垫付的，职业伤害保障资金按规定返还至医疗保险基金。

4.供养亲属应按规定办理享受长期待遇资格认证后，申领供养亲属抚恤金。

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

6.特别提醒:《江苏省新就业形态人员职业伤害保障试点实施方案》五、待遇标准（一）规定:新就业形态人员因事故伤害需要暂停平台工作、接受职业伤害治疗的，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，由所在平台企业或者平台服务机构负责安排。新就业形态人员在治疗职业伤害期内接单的，职业伤害治疗期终止。根据上述规定，接受治疗的新就业形态人员在治疗期内接单，职业伤害治疗期终止，平台企业将停止发放生活保障费。

附件 6

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_____（平台企业或者平台企业授权的平台服务机构）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 ____（平台企业或经平台企业授权的平台服务机构）银行账户：____银行_____支行；户名_____；行号_____。

职业伤害人员签名（指印）：_____

平台企业或者平台企业授权的平台服务机构（盖章）：

日期：____年____月____日

附件 7

知情同意确认书

关于_____（新就业形态人员姓名）（公民身份号码：_____）职业伤害保障待遇申请一案，_____（平台企业）确认以下地址为在职业伤害保障待遇申请期间社会保险部门各类法律文书的正式送达方式：

□ 1. 现场送达（业务窗口自取）

受送达人 _____ 受送达人手机号码 _____

□ 2. 短信送达，接收送达信息手机号码：_____

□ 3. 邮寄送达，通讯地址：

受送达人_____ 受送达人手机号码 _____

_____省_____市_____县（区）详细地址_____

已知晓并同意以下事项：

1. 上述送达方式本企业已经确认且承诺为本企业职业伤害保障待遇申请案件的法定送达方式，其中，短信送达方式与其他送达方式具有同等法律效力，邮寄送达方式由人力资源社会保障部门向上述指定地址通过邮寄方式进行送达。

2. 如上述受送达人、受送达人手机号码、接收送达信息手机号码、地址等发生变化，本企业承诺在七日内书面通知人力资源社会保险部门。

3. 因本企业提供的受送达人、受送达人手机号码、接收送达信息手机号码、地址不准确，上述内容变更未及时通知人力资源社会保障部门，受送达人本人或者受送达人指定的代收人拒绝签收、他人代收等情形，导致法律文书未能被实际接收的，亦均视为有效送达，由本企业承担一切法律后果。

经办人（签名）： 平台企业（公章）

年 月 日 年 月 日

知情同意确认书

关于_____（新就业形态人员姓名）（公民身份号码:_____)职业伤害保障待遇申请一案,_____(就业人员或者其近亲属）确认以下地址为在职业伤害保障待遇申请期间社会保险部门各类法律文书的正式送达方式:

□ 1. 现场送达（业务窗口自取）

受送达人 _____ 受送达人手机号码 _____

□ 2. 短信送达，接收送达信息手机号码：_____

□ 3. 邮寄送达，通讯地址:

受送达人_____ 受送达人手机号码 _____

_____省_____市_____县（区）详细地址_____

已知晓并同意以下事项:

1. 上述送达方式本人已经确认且承诺为本人职业伤害保障待遇申请案件的法定送达方式，其中，短信送达方式与其他送达方式具有同等法律效力，邮寄送达方式由人力资源社会保障部门向上述指定地址通过邮寄方式进行送达。

2. 如上述受送达人、受送达人手机号码、接收送达信息手机号码、地址等发生变化，本人承诺在七日内书面通知人力资源社会保障部门。

3. 因本人提供的受送达人、受送达人手机号码、接收送达信息手机号码、地址不准确，上述内容变更未及时通知人力资源社会保障部门，受送达人本人或者受送达人指定的代收人拒绝签收、他人代收等情形，导致法律文书未能被实际接收的，亦均视为有效送达，由本人承担一切法律后果。

新就业形态人员或者其近亲属签名: 年 月 日

代办人（签名）: 年 月 日

附件 8

职业伤害确认申请材料一次性补正告知书

苏 xxxx 职补〔202×〕　号

_____：

你（单位）于_____年____月_____日提出的_____（公民身份号码：　　）职业伤害保障（ ）待遇申请材料收悉。经审核，提交的涉及职业伤害确认环节的材料不完整，请你（单位）在收到本告知书之日起10日内补正以下材料：

1、_____；

2、_____；

3、_____；

4、_____。

无正当理由，在规定时限内不提交补正材料的，视为放弃补正权利，我局将根据已有材料开展或者终止职业伤害确认工作。特此告知。

联系电话：

联系地址：

（盖章）

年　　月　　日

附件 9

职业伤害确认中止通知书

苏 xxxx 职中〔202×〕　号

_____：

本局于_____年____月_____日收到_____（公民身份号码：　　）的职业伤害保障（ ）待遇申请。由于存在以下情形：_____，根据《江苏省新就业形态人员职业伤害保障试点实施方案》四、经办服务（四）职业伤害确认。4.中止程序有关规定，自_____年____月_____日起中止职业伤害确认程序。待上述中止情形消失后，将按规定恢复职业伤害确认程序。中止职业伤害确认的时间不计入职业伤害确认期限。

（盖章）

年　　月　　日

抄送：平台企业或者个人。

附件 10

职业伤害确认终止通知书

苏 xxxx 职终〔202×〕　号

_____：

本局于_____年____月_____日收到_____（公民身份号码：　　）的职业伤害（ ）待遇申请。经审核，_____，根据《江苏省新就业形态人员职业伤害保障试点实施方案》四、经办服务（四）职业伤害确认。5.终止程序有关规定，现终止关于_____的职业伤害确认。

如对本通知不服的，可自接到本通知书之日起60日内向_____申请行政复议，或者自接到本通知书之日起6个月内向_____人民法院提起行政诉讼。

（盖章）

年　　月　　日

抄送：平台企业或者个人。

附件 11

职业伤害确认限期举证通知书

苏 xxxx 职举〔202×〕　号

_____:

本局____年____月____日收到关于_____的职业伤害保障（）待遇申请，经审核材料于____年____月____日予以受理。根据《江苏省新就业形态人员职业伤害保障试点实施方案》四、经办服务（四）职业伤害确认。3.举证程序有关规定，现将举证事项通知如下：

一、受伤害新就业形态人员或者其近亲属认为是职业伤害，平台企业不认为是职业伤害的，由单位承担举证责任。

如你单位对申请人提出的职业伤害确认请求不予认可或者对申请人的职业伤害确认请求所依据的事实存在异议，你单位有义务提供证据加以证明。

平台企业无正当理由在规定时限内不提供证据的，社会保险行政部门可以根据新就业形态人员或者其近亲属、工会组织以及相关部门提供的证据，或者调查核实取得的证据，依法作出职业伤害确认结论。

二、向本局提供证据，应当提供原件或者原物，也可以提供经本局核对无异的复制件或者复制品，并对提交的证据材料的来源、证明对象和内容作简要说明，签名盖章，注明提交日期。

三、你单位在收到本通知书之日起15个工作日内向本局提交举证证据。在举证期限内提交证据确有困难的，应当在举证期限内向本局申请延期举证，经本局准许可适当延长举证期限。在举证期限内不提交证据且未申请延期的，视为放弃举证权利。

四、请确认你单位法律文书送达地址_____。如果有变化请及时告知本局，并提供新的送达地址及联系方式，如因你单位地址（联系方式）变动且未告知本局而导致文书无法送达的，相关责任由你单位承担。

联系电话：

联系地址：

（盖章）

年　　月　　日

附件 12

职业伤害确认结论书

苏 xxxx 职认〔202×〕　号

申请人：

受伤害人员姓名：　　性别：

身份证号码：

平台企业名称：

事故时间：　　年　月　日

事故地点：

受伤害部位：

本局____年____月____日收到关于_____的职业伤害保障（）待遇申请，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，或者自接到本结论书之日起6个月内向_____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、受伤害人员或者其近亲属、平台企业、社会保险经办机构各留存一份。

附件 13

不予确认职业伤害结论书

苏 xxxx 职不认〔202×〕　号

申请人：

受伤害人员姓名：　　性别：

身份证号码：

平台企业名称：

本局____年____月____日收到关于_____的职业伤害保障（）待遇申请，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，或者自接到本结论书之日起6个月内向_____人民法院提起行政诉讼。

（盖章）

年　　月　　日

注：本结论书一式三份，社会保险行政部门、新就业形态人员或者其近亲属、平台企业各留存一份。

附件 14

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跨省异地就医（康复）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职业伤害确认地工伤保险协议机构出具的转诊转院意见；

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。

职业伤害保障江苏省内异地就医（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">_____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省内异地就医（康复）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职业伤害确认地工伤保险协议机构出具的转诊转院意见；

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。

附件 15

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="4">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 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跨省配置辅助器具备案使用，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职业伤害确认地工伤保险辅助器具配置协议机构出具的转诊转院意见；
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。

职业伤害保障江苏省内异地配置辅助器具备案表

编号：

<table>
<tr><td rowspan="6">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="4">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 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">_____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省内异地配置辅助器具备案使用，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职业伤害确认地工伤保险辅助器具配置协议机构出具的转诊转院意见；
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。