

云南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）

第一章	总 则.....	1
第二章	参 保 登 记.....	3
第三章	申 报 缴 费.....	6
第四章	职 业 伤 害 确 认 与 劳 动 能 力 鉴 定	8
第五章	待 遇 支 付.....	20
第六章	资 金 管 理.....	28
第七章	信 息 管 理.....	31
第八章	服 务 与 监 管.....	32
第九章	附 则.....	36

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,根据《新就业形态人员职业伤害保障办法(试行)》(以下简称《办法》)《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》《云南省新就业形态人员职业伤害保障实施办法(试行)》(以下简称《省实施办法》)等有关规定,结合云南省实际,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)、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、委托承办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《省实施办法》规定,为通过平台注册并在云南省行政区域内接单,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 职业伤害保障费纳入工伤保险基金统一管理,

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我省有关规定执行。

第五条 人社部门、税务机关按照各自职责对职业伤害保障工作实施监督管理。

省级人社部门负责全省职业伤害保障工作的指导、组织实施和监督管理，建设和完善全省职业伤害保障信息系统（以下简称新职伤系统），实现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，保障新职伤系统的运行；省级社会保险经办机构（以下简称省级经办机构）负责职业伤害保障经办业务指导、统计分析、信息公开等工作，承办参保登记、资金管理等业务，负责完善社会保险信息系统，将参保信息、接单信息等传递给省级税务机关。省级劳动能力鉴定机构负责再次鉴定工作。

州（市）级人社行政部门负责本行政区域内的职业伤害确认工作，州（市）级劳动能力鉴定机构负责本行政区域内的劳动能力初次鉴定、劳动能力复查鉴定工作和辅助器具配置等相关事项的确认。州（市）级社会保险经办机构按照全省统一要求，负责本行政区域内职业伤害保障政策宣传、经办业务指导等工作。县（区）级社会保险经办机构负责本行政区域内职业伤害保障待遇的审核工作。

省级税务机关负责组织实施全省的职业伤害保障费征

收管理工作，并及时将缴费信息等回传给省级经办机构。

第六条 省级人社部门按照公开、公平、公正的原则，通过公开招标方式确定委托承办的商业保险机构（以下简称委托经办机构）。委托经办机构按照委托承办服务协议内容协助服务区域内的人社部门做好职业伤害确认、组织劳动能力鉴定、待遇核定发放、政策宣传、业务咨询、信访投诉处理、行政复议、行政诉讼、档案管理等职业伤害保障相关工作。

第七条 各级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。省级经办机构接收到全国信息平台同步推送的登记信息后，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。省级经办机构接收全国信息平台同步推送的变更信息后，及时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 省级经办机构接收全国信息平台推送的前一日平台接单人员基础信息和接单汇总信息，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）、接单日期、接单所属地市、每日总单量等。

平台企业总部应确保向全国信息平台报送的信息及时、准确、规范，报送的单量数据不允许修改。省级经办机构每

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、税务部门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在申报缴费期前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 按照《省实施办法》，试点首年，我省行业缴费基数按国家缴费基数执行。出行行业缴费基数标准为每单0.01元；同城货运行业缴费基数标准为每单0.18元；即时配送行业设置2个缴费基数标准，分别为每单0.07元、0.25元。试点首年所有即时配送行业平台企业和以后年度新参加试点的即时配送行业平台企业首年按每单0.07元

执行。国家和我省对各行业缴费基数进行调整的，从其规定执行。

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数基础上以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，具体浮动规则按《省实施办法》执行。原则上每年对缴费标准进行一次浮动调整，调整执行的时间为调整年度的1月1日起。省级经办机构应于每年12月25日前核定平台企业缴费标准，将缴费基数及浮动后的实际缴费标准传递给省级税务机关，并于12月底前将平台企业缴费标准以适当方式告知平台企业。缴费基数浮动相关测算周期为连续12个自然月，起止时间按自然年度执行。

当即时配送行业平台企业上一年度按照缴费基数为每单0.07元并上浮50%的缴费标准执行时，支缴率仍超过100%、无法实现平衡的，当年应执行每单0.25元的缴费基数并进行浮动；上一年度按照缴费基数为每单0.25元并下浮50%的缴费标准执行时，支缴率仍低于100%、收大于支的，当年应执行每单0.07元的缴费基数并进行浮动。

第三章 申报缴费

第十四条 平台企业在我省办理职业伤害保障缴费申报的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。平台企业总部在首次缴费登记前应当按主管税务机关规定开设银行账户，并签订《税银三方（委托）划缴协议》。

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1日是法定节假日的，以休假日期满的次日为申报期限的最后1日；在申报期内有连续3日以上法定节假日的，按节假日天数顺延）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，按照对账单上列明的我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），并报送主管税务机关。

第十六条 平台企业（平台服务机构）应当通过税务机关提供的渠道，向主管税务机关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。

平台企业总部向我省主管税务机关缴纳职业伤害保障费款的，依照中国人民银行、国家税务总局有关跨省异地电

子缴税的规定办理，或者按照与省级税务机关约定的方式办理。

省级税务机关及时将申报缴费信息通过社税信息共享平台回传给省级经办机构。

第十七条 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。职业伤害保障主管税务机关应当及时受理核验退费申请，并通知省级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 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。新就业形态人员因伤情较重等原因无法自行报案的，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。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：《省实施办法》第十五条规定的其他确认情形的相关信息。

新职伤系统接收全国信息平台推送的“一键报案”信息后，进行事故备案。

第十九条 新就业形态人员发生事故伤害，由委托承办机构协助职业伤害发生地的人社部门受理、经办职业伤害保障待遇给付申请相关业务。新就业形态人员从本省行政区域内接单执行跨省订单任务、在本省行政区域外发生事故伤害，实际参保缴费接单地为职业伤害发生地。

第二十条 新就业形态人员发生职业伤害等情形，平台企业应当在事故伤害发生之日起30日内，通过全国信息平台向职业伤害发生地人社部门提出职业伤害保障待遇给付申请，提交新就业形态人员事故报案、银行账户等信息。

平台企业也可以委托当地的平台服务机构，在事故伤害

发生之日起30日内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。

平台企业或者平台服务机构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，可直接向职业伤害发生地人社部门提出职业伤害保障待遇给付申请。

第二十一条 平台企业、平台服务机构、新就业形态人员或者其近亲属、工会组织遇有特殊情况，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人社部门说明合理原因，提交《职业伤害保障待遇给付申请超期说明》（附件2），并经人社部门同意后，申请时限可以适当延长，延长的时间不计入职业伤害保障待遇给付申请时限，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。

平台企业未在规定时间内提交职业伤害保障待遇给付申请，在此期间发生的符合《省实施办法》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。

第二十二条 提出职业伤害保障待遇给付申请时应填报《职业伤害保障伤残待遇申请表》（附件3）；申请时受到伤害人员已死亡的，直接填写《职业伤害保障死亡待遇申请表》（附件4）。同时依照申报情形提供相应材料（附件5）。

第二十三条 人社部门收到职业伤害保障待遇给付申请后，应对申请人提交的材料进行审核，申请人提交的申请材料符合要求，属于管辖范围且在受理时限内的，应当及时受理并通过线上或线下方式出具《职业伤害保障待遇给付申请受理告知书》（附件8）。

有以下情形之一的，应出具《职业伤害保障待遇给付申请不予受理告知书》（附件9）：

（一）职业伤害保障待遇给付申请超出规定时限的（包含经同意延长的时限）；

（二）同一事故提出的职业伤害保障待遇给付申请已经受理或已作出结论的；

（三）同一事故提出的工伤认定申请人社部门已经受理的；

（四）法律、法规规定不予受理的其他情形。

人社部门收到申请材料，认为属于省内其他人社部门管辖的，应当及时与有管辖权的人社部门协商并将申请材料移送至该部门，同时告知申请人；双方对管辖权发生争议的，由省级人力资源社会保障部门指定管辖。移送材料或指定管辖所用的时间不计入职业伤害确认办理期限。

第二十四条 人社部门在审核申请材料时，对申请人提供材料不齐全的，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并出具《职业伤害保障待遇给付申请材料一次性补正告知书》（附件10）。申请人收到补正告知后，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，申请人提交延期补正说明，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，人社部门可以通过新职伤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《职业伤害保障待遇垫付情况说明》（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，提交公安部门的证明、人民法院生效裁判文书或者其他相关部门的证明；

2. 按要求在指定时间前往指定场所接受平台企业常规管理的合理路线途中，或者在完成平台订单任务后在合理时间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（如考勤考核、接受日常管理、业务培训等）和公安机关交通管理部门、法律法规授权组织出具的具有结论性意见的责任认定文书或者人民法院生效的裁判文书；

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记录及公安机关或医疗机构出具的死亡证明；

4. 在抢险救灾等维护国家利益、公共利益活动受到伤害的，提交民政部门、应急管理等相关部門的证明；

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。

申请人在规定时限内未提交补正材料的，人社部门出具《职业伤害保障待遇给付申请不予受理告知书》。

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。人社部门未作出是否受理待遇给付申请决定前，申请人自愿撤回申请的，人社部门在信息系统中做待遇给付撤销处理。申请人在职业伤害确认申请受理后自愿撤回申请的，应当提交自愿撤回的书面申请，人社部门应及时出具《职业伤害保障待遇给付申请终止告知书》（附件11），完整留存申请人提交的全部申请材料归档备查。

第二十五条 人社部门受理职业伤害保障待遇给付申请，应当及时开展职业伤害确认调查核实。在职业伤害确认中，可以进行以下调查核实工作：

（一）根据工作需要，进入平台企业、平台服务机构和事故现场；

（二）依法查阅与职业伤害确认有关的资料，询问有关人员并作出调查笔录；

（三）记录、录音、录像和复制与职业伤害确认有关的资料。

工作人员进行调查核实时，应当履行下列义务：

- （一）保守有关单位商业秘密以及个人隐私；
- （二）为提供情况的有关人员保密。

新就业形态就业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，由平台企业承担举证责任。

第二十六条 受理职业伤害确认申请后，作出职业伤害确认结论需要以司法机关或者有关行政主管部门的结论为依据的，在司法机关或者有关行政主管部门尚未作出结论期间，职业伤害确认时限中止，人社部门出具《职业伤害确认中止通知书》（附件12）。

人社部门收到申请人提交司法机关或者有关行政主管部门作出的结论性意见后，恢复职业伤害确认程序，出具《恢复职业伤害确认程序通知书》（附件13）。

第二十七条 新就业形态人员在多个平台注册接单，发生伤害事故后，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；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。

人社部门可以通过新职伤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新职伤系统，经调查核实后确认首单平台责任。

第二十八条 人社部门在受理职业伤害保障待遇给付申请之日起30个工作日内作出职业伤害确认结论，出具《职业伤害确认结论书》（附件14）或者《职业伤害不予确认结论书》（附件15），并加盖州（市）人力资源社会保障部门职业伤害确认专用章。对于事实清楚、证据充分、权利义务明确的，应当在7个工作日内作出职业伤害确认结论。

《职业伤害确认结论书》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。

《不予确认职业伤害结论书》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。

第二十九条 人社部门自职业伤害确认结论作出之日起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，将结论信息通过线上服务渠道推送或者线下送达申请人，并将结论信息通过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。

申请人可以通过线上服务渠道查询、下载和打印加盖电子印章的职业伤害确认结论书，与纸质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。

职业伤害确认结论书通过新职伤系统自动推送到劳动能力鉴定业务流程和职业伤害保障待遇审核业务流程。

第三十条 职业伤害确认结论经行政复议或者行政诉讼的，委托承办机构应当将收到的相应结论录入新职伤系统。

职业伤害确认结论被撤销的，应当重新进行事故调查，并自撤销决定生效之日起30个工作日内重新作出职业伤害确认结论。

第三十一条 职业伤害确认结论作出后，劳动能力鉴定机构和各级社会保险经办机构应主动对接平台企业、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。

第三十二条 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，或者治疗职业伤害期满（含鉴定机构确认的延长期限），平台企业或者平台服务机构、本人或者其近亲属应当及时向作出职业伤害确认地州（市）级劳动能力鉴定机构提出劳动能力鉴定申请，提交《劳动能力鉴定申请表》（附件16）。

职业伤害人员劳动能力鉴定程序 and 标准参照国家和我省工伤职工劳动能力鉴定管理相关规定执行，由委托承办机构协助劳动能力鉴定机构受理、经办劳动能力鉴定相关业务。

第三十三条 劳动能力鉴定机构在收到劳动能力鉴定申请后，应当及时对申请人提交的材料进行审核。申请人提供材料完整的，劳动能力鉴定机构及时组织劳动能力鉴定。

《职业伤害人员劳动能力初次(复查)鉴定结论书》(附件17)、《职业伤害人员劳动能力再次鉴定结论书》(附件18),应加盖劳动能力鉴定委员会职业伤害鉴定专用印章,由委托承办机构按照申请人事先知情确认并留存的送达方式,送达平台企业(平台服务机构)和新就业形态人员等申请人,并将结论信息推送至全国信息平台。

第三十四条 职业伤害人员在出现以下情况时向做出职业伤害确认地劳动能力鉴定机构提出劳动能力确认申请:

1. 因日常生活或者就业需要,需配置(更换)假肢、矫形器、假眼、假牙、轮椅等辅助器具的;

2. 伤情严重或者情况特殊的,初次职业伤害治疗期满需延长职业伤害治疗期的;

3. 因职业伤害致残或造成身体功能障碍,需要及时有效地进行康复治疗的;

4. 经治疗伤病情已稳定或相对稳定一定时间后,其职业伤害部位出现与职业伤害致病因素有关客观体征的。

平台企业(平台服务机构)、职业伤害人员和其近亲属申请以上确认事项时应填报《职业伤害人员劳动能力确认申请表》(附件19),并提交以下材料:

1. 有效的诊断证明,按照医疗机构病历管理有关规定复印或复制的检查、检验报告等完整有效的病历材料(职业伤

害康复申请需提供协议机构康复方案）；

2. 申请延长治疗职业伤害期的，需提供平台企业做出的《首次职业伤害治疗期确认结论书》（附件 20）；

3. 身份证复印件；

4. 劳动能力鉴定机构要求提供的其他资料。

劳动能力鉴定机构在收到相关材料后组织医疗专家进行职业伤害劳动能力确认，结合医疗专家意见，出具职业伤害劳动能力确认结论，送达给平台企业和职业伤害人员。详细规定参照《云南省工伤职工停工留薪期管理办法（试行）》《云南省工伤复发管理办法（试行）》《云南省工伤康复管理办法（试行）》执行。

第三十五条 职业伤害治疗期一般不超过12个月；伤情严重或者情况特殊经劳动能力鉴定机构确认可以适当延长的，延长时间不得超过12个月。职业伤害治疗期自职业伤害发生次日起算，不能分段分期享受，期满未按规定申请延长则自然终止。

第三十六条 在职业伤害确认、劳动能力鉴定、劳动能力确认过程中产生的相关文书，需送达平台企业和职业伤害人员的，都应在做出文书之日起3个工作日内进行送达。

第五章 待遇支付

第三十七条 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医疗服务协议的医疗机构就医，情况紧急时可以先到就近的医疗机构急救，伤情平稳后应转入协议医疗机构治疗。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。

第三十八条 职业伤害人员经治疗伤情稳定、需要康复的，按照国家和我省有关工伤康复服务规范的规定，应当在签订工伤保险康复服务协议康复机构进行康复，符合国家和本省有关工伤康复规定的费用，从工伤保险基金中的职业伤害保障支出科目列支。

第三十九条 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，需配置（更换）假肢、矫形器、假眼、假牙、轮椅等辅助器具的，由平台企业、平台服务机构、职业伤害人员或其近亲属向职业伤害发生地劳动能力鉴定机构提出申请，劳动能力鉴定机构应审核以下资料：

（一）《职业伤害人员配置（更换）辅助器具申请表》（附件21）；

（二）劳动能力鉴定委员会出具的同意配置结论；

职业伤害人员持经确认的《职业伤害人员配置（更换）

辅助器具申请表》到工伤保险辅助器具配置服务协议机构配置（更换）。

职业伤害人员辅助器具配置（更换）按照《工伤保险辅助器具配置管理办法》《云南省工伤保险辅助器具配置目录》执行。

第四十条 确认为职业伤害人员需长期居住在省外地区且有就医需求的、因伤情需要到省外医疗机构就医的，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委托经办机构提出异地就医备案申请（附件22、附件23），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委托经办机构申请手工报销。

新就业形态就业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。

第四十一条 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发生地委托承办机构申领职业伤害医疗费、康复费、辅助器具配置（更换）费等相关待遇。

1. 申报医疗（康复）费，并提供下列材料：

（1）《职业伤害保障伤残待遇申请表》（附件3）或《职业伤害保障死亡待遇申请表》（附件4）；

（2）首次申报工伤医疗费用的，提供平台企业出具的《首次职业伤害治疗期确认结论书》（附件20）；

（3）申报住院医疗（康复）费用的，提供住院发票原件（含电子发票，下同）、住院费用汇总明细清单、诊断证明（出院证或者出院小结）、病历资料（检查报告、治疗单等）；

（4）申报门诊医疗（康复）费用的，提供门诊发票原件及对应的门诊处方、治疗单、检查报告、化验报告、门诊费用明细清单、门诊病历或诊断证明等；

（5）延长治疗职业伤害期、职业伤害复发、职业伤害康复的医疗（康复）费用申报还需有劳动能力鉴定委员会出具的相关结论；

（6）涉及第三人责任的职业伤害医疗（康复）费申报，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，提供公安交通管理部门出具的《道路交通事故责任认定书》《道路交通事故损害赔偿调解书》；

②属于遭受暴力伤害的，提供公安机关或司法部门出具的遭受暴力伤害和赔偿的相关法律文书；

③经人民法院判决或者调解的，提供《民事判决书》或《民事调解书》等资料。

委托承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比较，不足部分予以补足，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，委托承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。

对零星报销医疗待遇时材料不全的，委托承办机构应一次性告知申请人需要补正的全部材料。对于申请材料齐全的，原则上在7个工作日内办理完毕。

2. 申报辅助器具配置费用的，应提供以下资料：

（1）经确认的《职业伤害人员配置（更换）辅助器具申请表》（附件21）；

（2）辅助器具配置发票原件；

（3）由工伤保险辅助器具配置协议机构提出申请的，提供职业伤害人员签字确认的辅助器具配置服务记录；

(4) 职业伤害人员配置辅助器具前后的照片。

第四十二条 申请人对鉴定结论无异议的，委托承办机构可以按照规定核发相关待遇。委托承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账号(社会保障卡银行账号等)。待遇计发基数为上年度统筹地区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、六级伤残人员一次性津贴。计发月数分别为：五级伤残为30个月，六级伤残为25个月。

第四十三条 委托承办机构通过新职伤系统共享到因

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死亡时上年度统筹地区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统筹地区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统筹地区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死亡时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。

第四十四条 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；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。

已领取基本养老保险待遇或者工伤保险伤残津贴的新就业形态人员遭受职业伤害被鉴定为一级至四级伤残，职业伤害保障伤残津贴高于基本养老保险待遇或者工伤保险伤残津贴的，由工伤保险基金补足差额。

职业伤害人员死亡同时符合领取基本养老保险丧葬补助金、工伤保险丧葬补助金和失业保险丧葬补助金条件的，其遗属只能选择领取其中的一项。

第四十五条 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。

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。

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。

第六章 资金管理

第四十六条 职业伤害保障资金纳入省级社会保障基金财政专户统一管理，不单独开设财政专户、收入户和支出户。省级经办机构应当按照《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）规定，会同财政部门、税务部门规范做好职业伤害保障资金的收缴、核算、拨付和监督管理。

第四十七条 职业伤害保障各项收入，在工伤保险基金收入中单独设置职业伤害保障收入明细科目核算。省级经办机构财务部门根据财政专户银行实收到账信息进行记账。

第四十八条 职业伤害的各项待遇支出、劳动能力鉴定费 and 委托承办服务费，在工伤保险基金中的职业伤害保障支出科目列支。省级经办机构业务部门应当对职业伤害保障支出业务实行专项标识管理，确保财务部门精准开展明细核算。

第四十九条 委托承办机构应开设职业伤害保障资金

专用账户（以下简称资金专用账户），专项用于存放、支付职业伤害保障待遇的准备支付资金。实行专用存款账户管理，专账核算，专款专用，账户产生的利息全额并入职业伤害保障资金统一管理。

第五十条 首年承办时，省级经办机构财务部门按月提前将职业伤害保障准备支付资金拨付至资金专用账户。

第五十一条 委托经办机构代发职业伤害保障医疗待遇、伤残待遇和死亡待遇等，应当通过新职伤系统将待遇发放数据推送至合作金融机构，进行待遇发放上账处理。发放不成功的，应及时查明原因并按规定重新发放。

第五十二条 职业伤害保障准备支付资金以自然月为结算周期，以每月最后1日为当月结算截止日。

第五十三条 委托经办机构应于次月首个工作日，向省级经办机构业务部门提供上月支付汇总表、支付明细数据以及上月末资金专用账户的银行对账单，核对上月支付情况。省级经办机构业务部门根据新职伤系统的数据进行核对，发现不一致的，双方应查明原因并及时处理。

第五十四条 省级经办机构业务部门与委托经办机构核对一致后，生成上月职业伤害保障结算总表及代付结算明细表，按规定签章后于当月10日前交省级经办机构财务部门，作为核算职业伤害保障待遇支出的依据。委托经办机构

资金专用账户余额低于1个月支付额度的部分，作为本次结算后的资金划拨额。

第五十五条 省级经办机构财务部门每月15日前按核定的结算后资金划拨额，一并纳入当月工伤保险基金用款计划，向省级财政部门报送，省级财政部门审核无误后，当月底前将资金拨付至省级社保基金支出户。省级经办机构财务部门于次月首个工作日按基金支付审批权限向委托经办机构划拨资金，补足用于代付职业伤害保障待遇的准备支付资金额度。

结算周期内，职业伤害保障待遇支付额度超过准备支付资金时，委托经办机构可以向省级经办机构提出紧急拨付申请，经审核后，由省级经办机构财务部门划拨至资金专用账户，确保准备支付资金不低于1个月的支付额度。

第五十六条 省级经办机构业务部门在委托承办服务协议终止后，统一组织清算工作，根据委托经办机构代付的职业伤害保障待遇支出，实行差额清算。项目清算后，省级经办机构财务部门根据省级经办机构业务部门提供的清算汇总表进行账务处理。

第五十七条 省级经办机构财务部门向委托经办机构资金专用账户拨付准备支付资金时，按照实际支付的金额，借记“暂付款”，贷记“支出户存款”科目。省级经办机构

财务部门根据省级经办机构业务部门按月核定的职业伤害保障结算总表及代付结算明细表，借记“社会保险待遇支出”，贷记“暂付款”科目。

第七章 信息管理

第五十八条 全省统一使用新职伤系统办理职业伤害保障业务。

第五十九条 省级人社部门按照全国信息平台的技术要求建设完善新职伤系统，实现部、省间业务协同和信息流转，并支持与省级交通运输、商务、税务、市场监督管理等部门信息共享。

第六十条 各级人社部门应推行社会保障卡（含电子社会保障卡）在职业伤害保障的应用，方便新就业形态就业人员持卡查询本人参保信息、办理职业伤害保障业务、领取职业伤害保障待遇，实现职业伤害医疗费、康复费、辅助器具配置费等持卡结算和职业伤害保障待遇通过社会保障卡进行社会化发放。

第六十一条 每月5日前，省级人社部门将平台企业上月参保登记信息、总单量、缴费基数和浮动情况，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，将参保登记、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。如经核实发现全国信息平台数据有误的，省级人社部门应推送正确数据进行更正。

省级税务机关应当及时将申报缴费信息通过社税信息共享平台回传给省级经办机构，由省级经办机构同步推送至全国信息平台。

委托承办机构在新职伤系统中办理的医疗待遇、康复待遇、辅助器具待遇、定期待遇、死亡待遇等业务产生的相关信息，通过新职伤系统实时推送至全国信息平台。

第六十二条 省级人社部门、税务部门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，双方均应当设立业务、系统对接人员，负责对接业务运行中遇到的问题，及时排查异常问题、处理系统故障、完善业务功能等。

第八章 服务与监管

第六十三条 省人力资源社会保障厅通过公开招标的方式，委托商业保险机构办理职业伤害保障事务，商业保险机构按

照委托承办服务协议内容协助做好职业伤害确认、组织劳动能力鉴定、待遇核定发放等。

省人力资源社会保障厅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。

委托承办机构遇到重大、疑难案件的，及时报告职业伤害发生地州（市）人社部门。

第六十四条 省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，对委托承办机构进行监督检查，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承办机构年度考核的重要内容。委托承办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。

州（市）、县（市、区）社会保险经办机构应当采取实时监控、日常检查、定期抽查等方式，对委托承办机构办理的本行政区域内的职业伤害保障业务进行监督管理。

第六十五条 职业伤害保障委托承办服务费，可综合考虑参保规模、机构运行成本、工作绩效等因素，从工伤保险基金中职业伤害保障支出科目列支。委托承办服务费原则上最高不超过服务周期全省职业伤害保障筹资金额的6%，服务

费由固定部分和浮动部分组成，具体办法在委托服务协议中约定。

第六十六条 平台企业应按照规定如实申报、按时足额缴纳职业伤害保障费，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。

第六十七条 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。

第六十八条 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。

平台服务机构经向当地人社部门登记备案后，按照平台

企业的委托权限，配合人社部门、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。

第六十九条 平台服务机构对当地招募注册的新就业形态人员进行管理和服 务，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。

新就业形态就业人员可通过平台企业网站、全国信息平台等渠道查询当地平台服务机构相关信息。

新就业形态就业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，由人社行政部门逐级报请人力资源社会保障部约谈平台企业总部，责令其依法承担法律责任。

第七十一条 省级经办机构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。

第七十二条 委托经办机构承办职业伤害保障业务形成的档案应及时归档，按照委托承办服务合同（协议）的约定办理移交，具体参照《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）执行。

第七十三条 各级人社部门、税务机关、委托承办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

第七十四条 本规程规定职业伤害确认与劳动能力鉴定、待遇支付所需的相关材料可通过信息共享自动获取的，申请人无需重复提交。

本规程未尽事宜，参照《工伤保险条例》《云南省实施〈工

伤保险条例》办法》等有关规定执行，但其中涉及劳动关系处理及与劳动关系处理有关的待遇保障规定除外。

第七十五条 本规程由省人力资源社会保障厅、国家税务总局云南省税务局负责解释。

第七十六条 本规程自2026年7月1日起开始施行。今后国家规定与本规程有关内容不同的，按照国家规定执行。

- 附件：
1. 新就业形态人员职业伤害保障费缴费申报表
 2. 职业伤害保障待遇给付申请超期说明
 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. 职业伤害保障待遇给付申请受理告知书
 9. 职业伤害保障待遇给付申请不予受理告知书
 10. 职业伤害保障待遇给付申请材料一次性补正告知书
 11. 职业伤害保障待遇给付申请终止告知书
 12. 职业伤害确认中止通知书
 13. 恢复职业伤害确认程序通知书

14. 职业伤害确认结论书
15. 职业伤害不予确认结论书
16. 劳动能力鉴定申请表
17. 职业伤害人员劳动能力初次(复查)鉴定结论书
18. 职业伤害人员劳动能力再次鉴定结论书
19. 职业伤害人员劳动能力确认申请表
20. 首次职业伤害治疗期确认结论书
21. 职业伤害人员配置(更换)辅助器具申请表
22. 职业伤害保障跨省异地就医(康复)备案表
23. 职业伤害保障跨省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）	缴费基数额（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）》等相关规定填写的，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《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》）等相关规定填写并向职业伤害保障费主管税务机关报送。

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：填写平台企业在理职业伤害保障参保登记的省级经办机构全称。

6. 社会保险单位编号：填写平台企业在办理职业伤害保障参保登记时省级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/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）内执行的订

单数量之和。

11. 缴费标准：填写人社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=缴费基数×浮动后比例。

12. 应缴费额：填写本表第④列“总单量”与第⑤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

职业伤害保障待遇给付申请超期说明

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：

新就业形态人员 基本信息	姓名			性别	
	身份证件类型	☐ 居民身份证 ☐ 其他		身份证件号码	
	个人联系电话			近亲属姓名及联系电话	
职业伤害信息	受伤时间			受伤地点	
	受伤害部位			诊断时间	
个人银行 账号信息	☐ 社会保障卡（本省社保卡系统自动关联，不需提供）				
	☐ 其他账号	银行	_____银行 _____支行（分行）		
		户名			
		账号			
平台企业名称			平台企业服务机构名称		
经办人姓名			联系电话		
新就业形态人员 受伤害经过 简述（可附页）	（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。）				
申请事项	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。			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	
非联网结算 （零星报销） 医疗待遇 申领填报	申请： ☐ 医疗费用 ☐ 康复治疗费用 ☐ 辅助器具配置费用： 票据总金额_____元，票据张数_____张； 申请人签名（按指印）： _____年 月 日				

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：

新就业形态人员 基本信息	姓名		性别	
	身份证件类型	☐ 居民身份证 ☐ 其他	身份证件号码	
	近亲属姓名		近亲属联系电话	
职业伤害信息	受伤时间及地点		死亡时间及地点	
	受伤害部位		诊断时间	
	治疗职业伤害期	☐ 未确定 ☐ 已确定，确定时长：		
平台企业名称			平台企业服务机构名称	
企业经办人 姓名			联系电话	
新就业形态人员 受伤害（亡） 经过简述	（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。）			
申请事项	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		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	
非联网结算 （零星报销） 医疗待遇 申领填报	申请： ☐ 医疗费用 ☐ 康复治疗费用 ☐ 辅助器具配置费用： 票据总金额_____元，票据张数_____张； 申请人签名（按指印）： 年 月 日			

死亡待遇申领填报	一次性职业伤害死亡补助金和丧葬补助金的申领	银行	银行 支行（分行）					
		银行行号				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）		
		户名						
		账号						
		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						
	供养亲属信息							
	供养亲属	①	供养亲属姓名		性别		身份证号码	
			与死亡新就业形态人员关系		是否孤儿或孤寡老人		联系电话	
			联系地址					
			账户信息	开户行	银行行号			
②		供养亲属姓名		性别		身份证号码		
		与死亡新就业形态人员关系		是否孤儿或孤寡老人		联系电话		
		联系地址						
		账户信息	开户行	银行行号				
③		供养亲属姓名		性别		身份证号码		
		与死亡新就业形态人员关系		是否孤儿或孤寡老人		联系电话		
		联系地址						
		账户信息	开户行	银行行号				
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社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。								
供养亲属签名①（按指印）：		供养亲属签名②（按指印）：		供养亲属签名③（按指印）：				
代办人签名（按指印）：				申请日期： 年 月 日				

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

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
		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. 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（仅限在抢险救灾等维护国家利益、公共利益活动中受到伤害的）
		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）
领取工伤保险待遇		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）
		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. 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）
		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）
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、我国驻境外使领馆出具的中文版死亡证明等材料之一）

领取工 伤 保 险 待 遇		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（仅限在抢险救灾等维护国家利益、公共利益活动中受到伤害的）
	工伤医 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）
	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

职业伤害保障待遇垫付情况说明

职业伤害人员_____,身份证号:_____,
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_____。

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7

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8

职业伤害保障待遇给付申请受理告知书

(2026)云职受 号

申请人：XXX

受伤害人员姓名：XXX

身份证号码：XXX

平台企业：XXX

我局于XX年XX月XX日收到XXX提交关于XX的职业伤害保障待遇给付申请，符合职业伤害保障待遇给付申请受理条件，现予受理。

根据《云南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）》第二十五条第三款关于“新就业形态就业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，由平台企业承担举证责任”的内容，平台企业在收到本告知书之日起__日内，向我局提交有关事故发生时间、地点、原因的书面情况说明及其他能够提供的举证材料。

受伤害人员及近亲属如有其他举证材料，请在收到本告知书之日起__日内向我局提交。

逾期不提交的，视为无证据，我局将依法作出职业伤害确认结论。

XXX州市人力资源和社会保障局

职业伤害确认专用章

XX年XX月XX日

注：本文书一式三份，人力资源社会保障行政部门、受伤害人员或者其近亲属、平台企业各留存一份

附件9

职业伤害保障待遇给付申请不予受理告知书

编号：[]

XXX：

你（平台企业）于XX年XX月XX日提交的职业伤害保障待遇给付申请及相关材料已收悉。

经审查，XXX于 年 月 日 时，在（地点）发生的事故伤害……（具体描述）；……（分析不予受理理由）。

XXX所受伤害属于《云南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）》第二十三条第二款第 项规定不予受理的情形，决定不予受理。

如不服本决定，可在本通知书送达之日起60日内，向XXX人民政府申请行政复议；或在六个月内直接向人民法院提起行政诉讼。

本通知书一式三份，人力资源社会保障行政部门、受伤害人员或者其近亲属、平台企业各留存一份。

附：申请人提供材料清单：

XXX州市人力资源和社会保障局

职业伤害确认专用章

XX年XX月XX日

注：本文书一式三份，人力资源社会保障行政部门、受伤害人员或者其近亲属、平台企业各留存一份。

附件10

职业伤害保障待遇给付申请材料一次性补正告知书

编号：[]

XXX：

你（平台企业）于XX年XX月XX日提交的职业伤害保障待遇给付申请收悉。因提交的申请材料不完整，请收到本告知书之日起10日内补充以下材料：

1. 就诊病历（住院提供出院病情证明书）；
2. ……；
3. ……。

申请人在规定时限内未提交补正材料的，人力资源社会保障部门对此次职业伤害保障待遇给付申请不予受理。

XXX州市人力资源和社会保障局

职业伤害确认专用章

XX年XX月XX日

附件11

职业伤害保障待遇给付申请终止告知书

XXXXX:

经审查，我局于XXXX年X月X日受理你（平台企业XXX）提出的职业伤害保障待遇给付申请，因你（平台企业XXX）于XXXX年X月X日提出撤销职业伤害保障待遇给付申请，根据《云南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）》第二十四条第三款规定，现决定终止该职业伤害保障待遇给付申请程序。

特此告知。

XXX州市人力资源和社会保障局

职业伤害确认专用章

XX年XX月XX日

注：本文书一式三份，人力资源社会保障行政部门、平台企业、受伤人员各一份。

附件12

职业伤害确认中止通知书

编号：[]

XXXXXX：

你（平台企业）于XX年XX月XX日向本机关提出XX的职业伤害保障待遇给付申请，经对你（平台企业）提交的有关材料审核，作出职业伤害确认结论需要以（XX司法机关或者XX行政主管部门）的结论为依据。为公正、公平、合法审理，根据《云南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）》第二十六条第一款规定，现决定对你（平台企业）的职业伤害保障待遇给付申请案件暂时中止审理，中止期间不计入做出职业伤害确认结论的期限。待提供相关材料后，再恢复确认程序。

特此通知。

XXX州市人力资源和社会保障局

职业伤害确认专用章

XX年XX月XX日

注：本文书一式三份，人力资源和社会保障行政部门、平台企业、受伤害人员各一份。

附件13

恢复职业伤害确认程序通知书

编号：[]

XXXXX：

你（平台企业）于XX年XX月XX日提交XX的职业伤害保障待遇给付申请，在职业伤害确认过程中出现中止情形，于20XX年XX月XX日中止，现由于收到XXXXXXXXXXXXX，故决定恢复对XX的职业伤害确认程序。

特此通知。

XXX州市人力资源和社会保障局

职业伤害确认专用章

XX年XX月XX日

附件14

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）》第几条第_____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，或者在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、受伤害人员或其近亲属、平台企业、社会保险经办机构各留存一份。

附件15

编号：[]

职业伤害不予确认结论书

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：

_____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）》第十一条第一款应当确认为职业伤害的情形；或者属于《新就业形态人员职业伤害保障办法（试行）》第十一条第二款第__项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，或者在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，人力资源社会保障行政部门、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16

劳动能力鉴定申请表

(职业伤害人员劳动能力鉴定)

年 月 日

温馨提示

为使您能够顺利进行劳动能力鉴定，请您仔细阅读以下提示。如遇到困难与问题，请随时与劳动能力鉴定服务人员联系。

一、提出劳动能力鉴定申请，需提交以下材料：

1. 有效的诊断证明，按照医疗机构病历管理有关规定复印或者复制的检查、检验报告等完整有效的病历资料；

2. 职业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原件。

二、填表请注意以下事项：

1. 填表要字迹工整，书面申请请用钢笔、签字笔填写；

2. 申请人只需要填写职业伤害人员劳动能力鉴定申请表第一页，请准确填写各项信息。

职业伤害人员劳动能力鉴定申请表

职业伤害人员信息栏	职业伤害人员姓名:		一寸近期 免冠彩色 照片
	职业伤害确认结论书编号:		
	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□□□□□□□□□□□□□□□□		
	联系电话 (必填一项): _____ (手机) _____ (手机二)		
	指定送达地址:		
	指定受送达人: _____ 邮编□□□□□□		
平台企业信息栏	平台企业名称:		
	平台企业联系人:		
	联系电话: (必填一项): _____ (手机) _____ (手机二)		
	指定送达地址: 指定受送达人: _____ 邮编□□□□□□		
申报事项信息栏	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)		
	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		
	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 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		

(注: 本页由申请人填写, 请准确填写各项信息)

职业伤害人员劳动能力鉴定（结论）表

伤情介绍：

鉴定依据：（写明得出鉴定结论的准确条款）

专家组意见：_____。

1. 劳动功能障碍程度 经鉴定符合伤残 _____ 级；

2. 生活自理障碍程度 经鉴定符合 _____ 护理依赖；

a) 进食； ☐ b) 翻身； ☐ c) 大、小便； ☐ d) 穿衣、洗漱； ☐ e) 自主行动。 ☐

鉴定专家签名：

专家 1: _____ ； 专家 2: _____ ； 专家 3: _____ ；

专家 4: _____ ； 专家 5: _____

劳动能力鉴定委员会结论：（劳动能力鉴定委员会根据专家组意见作出）

经审定，符合：

_____ 级伤残；

_____ 护理依赖；

审核人签名（印章）：

年 月 日

（注：本页劳动能力鉴定委员会留存）

附件17

职业伤害人员劳动能力初次（复查）鉴定结论书

编号：[]

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》（中华人民共和国国家标准GB/T16180-2014），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日内向云南省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18

职业伤害人员劳动能力再次鉴定结论书

编号：[]

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》（中华人民共和国国家标准 GB/T16180-2014），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。

云南省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19

编号：云南省_____州（市）劳鉴_____

职业伤害人员劳动能力确认申请表

申请人：

职业伤害人员：

申请人与职业伤害人员关系：

年 月 日

亲爱的朋友：

对您受到的职业伤害我们致以诚挚的慰问，我们将竭诚为您服务，祝您早日康复！

为使您能够顺利进行各项劳动能力确认，请您仔细阅读以下提示。如遇到困难与问题，请随时与服务人员联系。

温馨提示：提出劳动能力确认申请，需提交以下材料：

1. 《职业伤害确认结论书》原件和复印件（视情）；
2. 有效的诊断证明，按照医疗机构病历管理有关规定复印或者复制的检查、检验报告等完整有效的病历材料（职业伤害康复申请需提供协议机构康复方案）；
3. 职业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原件和复印件；
4. 劳动能力鉴定委员会要求提供的其他材料。

注意事项：

1. 填表请用钢笔、签字笔，字迹工整；
2. 申请人只需要填写职业伤害人员劳动能力确认申请表第一页，请准确填写各项信息；
3. 如有疑问，请咨询有关工作人员。

职业伤害人员劳动能力确认申请表

职业伤害人员信息栏	职业伤害人员姓名：		一寸近期 免冠彩色 照片
	职业伤害确认结论书编号：		
	证件类型 居民身份证 ☐ 其他 ☐ 身份证件号码		
	联系电话（必填一项）：_____（手机）_____（固话）		
	联系地址： 邮编		
平台企业信息栏	平台企业名称：		
	平台企业联系人：		联系电话：
	联系地址： 邮编		
申报事项确认栏	申请确认类型选择（请在 ☐ 内打√或X，可多项选择） ☐ 1. 辅助器具配置申请； ☐ 2. 职业伤害康复性治疗确认； ☐ 3. 职业伤害旧伤复发确认； ☐ 4. 延长职业伤害治疗期确认； ☐ 5. 疾病与事故伤害或职业病关联确认。		
	申请主体（请在 ☐ 内打√，单项选择） ☐ 1. 平台企业； ☐ 2. 职业伤害人员或者其近亲属； ☐ 3. 社会保险经办机构		

	申请人签名或者盖章： 年 月 日	申请单位盖章： 年 月 日
伤病情介绍：		
协议（医疗或康复或辅助器具配置）机构建议（请填写或在□内打√、X）： 1. 辅助器具名称_____ 项目编号_____。 2. ☐ 需要康复，康复期_____月； ☐ 不需要康复。 3. ☐ 属于职业伤害直接导致疾病； ☐ 疾病与职业伤害有关联； ☐ 不属于职业伤害直接导致疾病。 4. 延长职业伤害治疗期_____月。 5. ☐ 疾病与事故伤害或职业病有直接关联； ☐ 疾病与事故伤害或职业病可能有关联； ☐ 疾病与事故伤害或职业病无关联。		
协议机构签名或者盖章：		
年 月 日 康复方案（仅限职业伤害康复、另附）		

附件20

(限平台企业使用)

首次职业伤害治疗期确认结论书

年 号

被确认人_____

身份证号_____

居民地址_____

伤残情况_____

根据《云南省工伤职工停工留薪期管理办法（试行）》，确认首次职业伤害治疗期，时间自_____年_____月_____日起至_____年_____月_____日止。

如达到此结论规定的时间需延长职业伤害治疗期，需在此职业伤害治疗期结束前7个工作日向所在地统筹区劳动能力鉴定委员会提出延长职业伤害治疗确认申请。

(单位盖章)

年 月 日

注：本确认结论书一式三份，职业伤害人员、平台企业、社会保险经办机构各一份。

附件21

职业伤害人员配置（更换）辅助器具申请表

平台企业：

姓名		身份证号码	
性别		年龄	
职业伤害时间		伤残部位	
联系电话		联系地址	
配置辅助器具项目		使用年限	
配置机构名称		上次配置时间	
职业伤害人员申请	本人签字： 年 月 日		
平台企业意见	平台企业（章） 经办人： 年 月 日		
劳动能力鉴定机构意见	委托承办机构（章） 经办人： 年 月 日		

附件22

职业伤害保障跨省异地就医（康复）备案表

编号：[]

新就业形态人员基本信息	姓名		性别	
	公民身份号码		受伤部位	
	认定职业伤害确认书文（编）号		联系电话	
	联系地址			
备案信息	备案类别	☐ 新增 ☐ 变更		
	人员类别	☐ 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		
申请人基本信息	☐ 本人 ☐ 新就业形态人员近亲属		近亲属姓名	
	近亲属公民身份号码		联系方式	
	申请人： （指印） 年 月 日			
就医地	_____ 省（自治区、直辖市）_____ 市（县、区）			
参保地经办机构意见	☐ 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			

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23

职业伤害保障跨省异地配置辅助器具备案表

编号：[]

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

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；

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。