

领取工伤保险待遇申报表

No:

单位名称		单位编码	
填报人姓名		联系电话	
申报时间			
一、参保缴费情况			
二、申请工伤待遇情况说明		收取单据张数:	
三、审核部门受理意见			
初审经办人章:		复核经办人章:	
负责人章:		负责人章:	
年 月 日		年 月 日	

注：此表一式三份，填报单位、初审、复核各一份。

抚顺市社会保险事业管理局印制