宁夏回族自治区人力资源和社会保障厅
国家税务总局宁夏回族自治区税务局
宁夏回族自治区社会保险事业管理局

宁人社函〔2025〕118号

自治区人力资源和社会保障厅 国家税务总局宁夏回族自治区税务局 自治区社会保险事业管理局关于印发《宁夏回族自治区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、县(区)人力资源社会保障局、社保中心,国家税务总局宁夏区各市、县(区)税务局:

现将《宁夏回族自治区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)》印发你们,请遵照执行。各市、县(区)在实施过程中,如遇重大问题,及时向自治区人力资源和社会保障厅、国家税务总局宁夏回族自治区税务局、自治区社会保险事业管理局反馈。

自治区人力资源和社会保障厅　　国家税务总局
宁夏回族自治区税务局

自治区社会保险事业管理局

2025年6月28日

（此件公开发布）

宁夏回族自治区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
第二章 参保登记
第三章 申报缴费
第四章 职业伤害确认与劳动能力鉴定
第五章 待遇支付
第六章 资金管理
第七章 信息管理
第八章 服务与监管
第九章 附　则

第一 章　总 则

第一条 为全面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《自治区人力资源社会保障厅等九部门关于做好新就业形态人员职业伤害保障试点工作的通知》(宁人社发〔2025〕82号)规定，制定本规程。

第二条 本规程适用于我区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，税务机关、委托承办机构、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 平台企业应当依照《宁夏回族自治区新就业形态人员职业伤害保障实施办法》的规定参加新就业形态人员职业伤害保障（以下简称职业伤害保障），为通过平台注册并在宁夏行政区域内接单，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，实现每单必保、每人必保。

适用《工伤保险条例》《宁夏回族自治区实施<工伤保险条例>办法》规定的劳动者，企业应当依法为其参加工伤保险，不适用本规程。

第四条 平台企业缴纳的职业伤害保障费及其利息收入纳入工伤保险基金统一管理，在工伤保险基金中单独设立职业伤害保

障费收入科目和支出科目，基金在全区范围内统一归集和使用，统一核算和结算。

第五条 人社、税务等部门按照各自职责实施监督管理。

自治区人力资源社会保障行政部门负责全区职业伤害保障工作的组织实施、监督管理等工作；自治区劳动能力鉴定委员会负责全区职业伤害劳动能力鉴定业务指导和监督管理等工作，具体承办职业伤害劳动能力再次鉴定业务；自治区级社会保险经办机构(以下简称自治区级经办机构)负责全区职业伤害保障经办业务指导、考核管理以及岗位权限设置、统计分析、信息公开等工作，具体承办参保登记、资金管理、基金预算决算等业务；自治区人力资源社会保障信息部门依托宁夏人力资源社会保障一体化系统(含公共服务系统)，负责建设和完善全区职业伤害保障信息平台(以下统称宁夏信息平台)，做好与委托承办机构业务系统的对接协调，负责宁夏信息平台运行的技术保障；宁夏区税务局负责组织全区职业伤害保障费征收管理工作。

市、县人力资源社会保障行政部门负责本行政区域内的职业伤害确认工作，并加强对委托承办机构开展职业伤害确认工作的监督指导；市级劳动能力鉴定委员会负责职业伤害劳动能力初次（复查）鉴定工作，监督指导委托承办机构开展职业伤害劳动能力鉴定委托业务；市、县社会保险经办机构负责监督指导本行政区域内委托承办机构职业伤害保障待遇给付业务；人社行政部门、鉴定机构、经办机构分别对委托承办机构初拟的涉及职业伤害确认、劳动能力鉴定、待遇给付等投诉信访件、复议诉讼案件的答复意见

进行审核。

第六条 自治区级经办机构具体承办职业伤害保障委托承办工作，按照公开、公平、公正的原则，通过公开招标方式统一委托符合条件的商业保险机构协助做好职业伤害确认、组织劳动能力鉴定、待遇核定发放和其他职业伤害保障相关服务工作，并代表自治区人力资源社会保障部门统一与中标的承办机构签订委托承办服务协议。各市、县人力资源社会保障部门、社会保险经办机构根据自治区统一签订的委托承办服务协议，按照以上模式，向中标的承办机构委托相关服务工作，分别签订服务协议。

第七条 自治区、市(县)人力资源社会保障部门和自治区级税务部门应当适应平台企业跨区域经营、线上管理和从业人员流动性强等特点，加快推进新就业形态人员职业伤害保障经办、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

第八条 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。自治区级经办机构接收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。自治区级经办机构接收全国信息平台同步推送的变更信息

后，及时办理信息变更。

自治区级经办机构将平台企业在我区职业伤害保障登记(变更)信息通过社会保险费信息共享平台(以下统称社税信息共享平台)传递给自治区级税务机关。

第九条 自治区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、接单所属市、县（区）、每日总单量等信息。

平台企业向全国信息平台报送的数据不允许修改。

自治区级经办机构每月5日前(如遇到法定节假日顺延)将全区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自治区级税务机关。

经办机构、税务机关经比对发现相关数据有误的，平台企业应予以核实修正，并在5个工作日内将修正的数据推送至税务机关，确保平合企业按时申报缴费。

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就业人员参保范围；

(二)接单人员实际接单且开始执行地点位于自治区所辖行政区域内;

(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 国家根据不同行业的职业伤害风险程度确定行业的缴费基准额。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执行;同城货运行业按照每单0.18元执行。

自治区级经办机构根据平台企业在自治区行政区域内的职业伤害保障费使用、职业伤害发生率等情况,可每年在平台企业所属行业缴费基准额的基础上参照工伤保险费率浮动相关规定,以10%为一档进行浮动(上下浮动不超过50%),确定不同平台企业的缴费标准,首次浮动时间为2027年1月1日。其中,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

第十二条 自治区级税务机关收到平台企业职业伤害保障参保登记(变更)信息后,确定全区各级职业伤害保障费主管税务

机关。

职业伤害保障费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。

第十三条 职业伤害保障费按月申报缴纳。平台企业总部应当于每月15日前（最后一日是法定假日的，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日以上法定假日的，按休假日天数顺延）向职业伤害保障费的主管税务机关申报缴纳职业伤害保障费，填写《新就业形态人员职业伤害保障费缴费申报表》（附件1）。申报数据应当与全国信息平台数据一致。应缴费额为平台企业在自治区行政区域内上月总单量与自治区级经办机构确定的每单缴费标准之积。新就业形态人员个人不缴费。

第十四条 平台企业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。费款按照财政部统一规范科目先缴入国库，再划转至自治区级社会保障基金财政专户，纳入税费会计核算。

第十五条 平台企业向自治区级主管税务机关缴纳跨省异地职业伤害保障费的，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，或者按照与自治区级税务机关约定的方式办理。

第十六条 平台企业因操作错误、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

第十七条 依据《宁夏回族自治区新就业形态人员职业伤害保障实施办法》（以下简称《办法》）的有关规定，第十二条第一款第（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》第十二条第一款第（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。

第十八条 新就业形态人员发生事故伤害后，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，就业(职业)类型，行程轨迹，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：按《办法》第十二条规定的其他确认情形的相关信息。

宁夏信息平台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职业伤害，由职业伤害发生地的委托承办机构协助人力资源社会保障部门受理、经办职业伤害保障待遇给付申请相关业务。因执行平台订单任务在自治区行政区域外发生事故伤害的，以该平台订单任务的自治区行政区域接单地作为职业伤害发生地。

第二十条 新就业形态人员发生职业伤害，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的委托承办机构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宁夏信息平台。

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，直接向职业伤害发生地委托承办机构提出职业伤害保障待遇给付申请。

第二十一条 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委托承办机构说明合理原因，提交职业伤害保障待遇申请超期说明（附件 2），并经委托承办机构同意后，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，自事故伤害发生之日至委托承办机构收到职业伤害保障待遇给付申请之日止，发生符合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《职业伤害保障待遇给付申请表》(附件 3)；或者《职业伤害保障死亡待遇给付申请表》(附件 4)。并依照申报情形提供相应材料；申请人提供材料不齐全的，委托承办机构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，申请人收到一次性补正告知后，应当在 10 日内提交补正材料，委托承办机构予以受理。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，委托承办机构可以通过宁夏信息平台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(平台服务机构)垫付费用的,提供平台企业(平台服务机构)银行账号和双方确认垫付事实的书面材料;

(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) 新就业形态人员有下列情形之一的,应当确认为职业伤害,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.在指定时间前往指定场所接受平台企业常规管理要求,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，及户籍所在地的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。

6.法律、行政法规规定应当确认为职业伤害的其他情形。

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。

第二十三条 新就业形态人员符合第二十二条的规定，但是因下列情形之一导致本人在执行平台订单任务期间伤亡的，不得确认为职业伤害：

（一）故意犯罪的；

（二）醉酒或者吸毒的；

（三）自残或者自杀的。

第二十四条 委托承办机构应当协助人力资源社会保障部门在收到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，并按规定将确认结论送达各相关方。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。

平台企业、新就业形态人员、工会组织、医疗机构以及有关部门应当予以配合，据实提供情况及相关材料。

第二十五条 职业伤害确认结论（附件8），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 不予确认职业伤害结论（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）。

第二十八条 委托承办机构自职业伤害确认结论或者不予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，将结论信息通过宁夏信息平台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。

申请人可以通过委托承办机构或者宁夏信息平台服务渠道查询、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。

确认职业伤害结论或者不予确认职业伤害结论通过宁夏信息平台自动推送给当地劳动能力鉴定机构和经办机构。

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。

同一个事故伤害不得同时提出工伤认定申请和职业伤害保障待遇给付申请，不得重复享受工伤保险待遇和职业伤害保障待遇。

委托承办机构可以通过宁夏信息平台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宁夏信息平台，委托承办机构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，委托承办机构应主动

对接平台企业、平台服务机构和新就业形态人员，通过宁夏信息平台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 新就业形态人员发生职业伤害，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（含劳动能力鉴定机构确认的延长期限），应当进行劳动能力鉴定。鉴定程序和标准参照《劳动能力鉴定管理办法》，以及现行的《劳动能力鉴定职工工伤与职业病致残等级》（GB/T 16180）执行。

第三十二条 劳动能力鉴定机构作出鉴定结论（附件10、11）后，应当在宁夏信息平台记录鉴定信息和鉴定结论，并按照申请人事先确认并留存的送达方式，将鉴定结论通过宁夏信息平台或线下方式送达平台服务机构或新就业形态人员等申请人，并将结论信息经全国信息平台后推送至平台企业总部。

劳动能力初次鉴定和复查鉴定由职业伤害发生地的市级劳动能力鉴定委员会办理。对劳动能力初次鉴定和复查鉴定结论不服的，可以在收到初次鉴定或者复查鉴定结论之日起15日内向自治区劳动能力鉴定委员会提出再次鉴定申请。自治区劳动能力鉴定委员会作出的劳动能力鉴定结论为最终结论。

新就业形态人员劳动能力鉴定所需费用参照《宁夏回族自治区劳动能力鉴定费使用管理办法（试行）》（宁人社发〔2025〕55号）有关规定执行，其中属于工伤保险基金支付的，从职业伤害保障支出科目列支。

第三十三条 委托承办机构按照委托服务协议，协助做好劳

动能力鉴定的申请和受理、结论送达等工作;协助组织医学检查、专家评审;按规定标准支付专家评审劳务费。

第三十四条 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,可以向地级市鉴定机构申请劳动能力复查鉴定。

第五章　待遇支付

第三十五条 职业伤害保障待遇包含医疗待遇、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)经劳动能力鉴定机构确认为生活不能自理的,按月领取的生活护理费;

(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。

第三十六条 新就业形态人员因遭受职业伤害,在治疗职业伤害期和康复期内享受医疗、康复、辅助器具配置待遇。进行治疗的,享受职业伤害医疗待遇。新就业形态人员治疗职业伤害应当在工伤保险协议医疗机构就医,情况紧急时可以先到就近的医

疗机构急救。治疗职业伤害所需医疗费用符合自治区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的，从职业伤害保障支出科目列支。对治疗非职业伤害所发生的费用、符合出院条件拒不出院发生的费用、医疗就诊中发生的超标准目录范围和不符合诊疗常规的医疗费用，及其他违反工伤保险有关规定的费用，不得从职业伤害保障支出科目列支。

确认为新就业形态人员需长期居住在自治区外且有就医需求的，应按照《宁夏回族自治区工伤保险跨省异地就医直接结算经办规程（试行）》相关管理规定，向职业伤害确认地委托承办机构提出异地就医备案申请。职业伤害确认地委托承办机构应对职业伤害人员提出的异地就医申请及时审核。

第三十七条 新就业形态人员遭受职业伤害，经治疗伤情稳定、需要康复的，平台企业、新就业形态人员或者其近亲属可以按照工伤康复相关规定，向职业伤害发生地的市级劳动能力鉴定委员会提出职业伤害康复申请。新就业形态人员应当在工伤保险协议康复机构进行职业伤害康复，符合自治区有关工伤康复规定的费用，从职业伤害保障支出科目列支。

在自治区行政区域内的协议医疗机构无治疗条件且因伤情需要转诊、转院到自治区外治疗的，经就诊的协议医疗机构提出转诊转院意见，平台企业(平台服务机构)或者职业伤害人员(其近亲属)填写《职业伤害保障跨省异地就医（康复）备案表》(附件 13)，到职业伤害发生地经办机构备案。

新就业形态人员在自治区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，伤情稳定后转回自治区内协议医疗机构继续治疗。

第三十八条 新就业形态人员因日常生活或者就业需要，经鉴定机构确认，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)或者新就业形态人员(其近亲属)向职业伤害发生地委托承办机构提出申请，到工伤保险协议辅助器具配置机构配置辅助器具，所需费用按照自治区有关工伤保险辅助器具配置相关规定，从职业伤害保障支出科目列支。委托承办机构应核定以下资料:

(一)《新就业形态人员配置辅助器具申请表》(附件 14);

(二)鉴定机构出具的同意配置辅助器具劳动能力鉴定结论书。

新就业形态人员持经确认的《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)。

辅助器具配置(更换)按照《工伤保险辅助器具配置管理办法》执行，项目和支付标准按照《宁夏回族自治区工伤保险辅助器具配置目录》执行。

第三十九条 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、辅助器具配置费等相关待遇，并提供下列材料：

1.申报职业伤害医疗、康复费用的，需提供医疗机构收费票据、费用清单、诊断证明、病历资料；

2.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（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。

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。

第四十条 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）。

（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%，待遇计发基数为上年度全区城镇私营单位就业人员月平均工资的60%;

（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，待遇计发基数为上年度全区城镇私营单位就业人员月平均工资的60%;

（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%，待遇计发基数为上年

度全区城镇私营单位就业人员月平均工资的60%;

（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，待遇计发基数为上年度全区城镇私营单位就业人员月平均工资的60%。

第四十一条 委托承办机构通过宁夏信息平台共享到因职业伤害死亡信息后，应当按照自治区规定核验死亡人员近亲属的相关材料，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全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全区城镇私营单位就业人员月平均工资的60%;供养亲属的具体范围参照《因工死亡职工供养亲属范围规定》(劳动和社会保障部令第18号）执行;

（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。

第四十二条 委托承办机构应当将宁夏信息平台中办理医疗待遇、康复待遇、辅助器具待遇、死亡待遇、定期待遇等相关信息实时上报至全国信息平台。

第四十三条 一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，由职业伤害保障支出科目补足差额；不符合领取基本养老金条件的，继续从职业伤害保障支出科目按月发放伤残津贴。

第四十四条 新就业形态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。新就业形态人员在治疗职业伤害期内，生活不能自理需要护理的，由所在平台企业或者平台服务机构负责安排。

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的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。治疗职业伤害期的确认，可以参照《工伤保险条例》第三十三条和《宁夏回族自治区工伤职工停工留薪期管理办法》（宁劳社发〔2004〕77号）相关规定执行。

第四十五条 鼓励平台企业通过购买补充工伤保险、人身意外险、雇主责任险等商业保险，切实保障新就业形态人员的生活保障费和生命财产安全。鼓励平台企业或者工会组织为新就业形态人员购买工会互助互济的“人身意外伤害”等互助保障计划，切实缓解新就业形态人员因意外伤害带来的经济压力。

第六章　资金管理

第四十六条 自治区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)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，与自治区财政部门、税务机关共同做好职业伤害保障资金管理。

职业伤害保障资金存入自治区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。

第四十七条 平台企业缴纳的职业伤害保障费在工伤保险基金职业伤害保障费收入科目核算。自治区级经办机构根据国库实际收到金额和主管税务机关反馈的《征收日对账表》记账。

第四十八条 职业伤害保障的各项支出从工伤保险基金中列支，在工伤保险基金中单独设立职业伤害保障支出科目核算。自治区级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，以便基金管理部门进行单独核算。

第四十九条 委托承办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)，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，账户产生的利息计入职业伤害保障资金管理。资金托管账户应于每年末12月31日前将账户全部结余资金上解至自治区级经办机构支出户，年底清零。首年承办时，自治区级经办机构支出户按年度提前将1.5个月的工伤备付金拨付至资金托管账户。资金托管账户资金余额应不低于0.3个月的工伤备付金，不足时委托承办机构应及时申请补足。

第五十条 自治区级经办机构应当将职业伤害保障支出资金需求纳入工伤保险基金用款计划，统一按季度向自治区级财政部门请款。自治区级经办机构基金管理部门按季度提前将职业伤害保障准备支付资金拨付至资金托管账户。

第五十一条 职业伤害保障支付资金按季度结算，委托承办机构应于每季度前一个月 16 日前，向自治区级经办机构业务部门提供支付汇总表以及当月 15 日托管账户银行对账单，核对支付情况。自治区级经办机构业务部门根据宁夏信息平台的数据进行核对，发现不一致的，双方应查明原因并处理。

第五十二条 自治区级经办机构业务部门与委托承办机构核对一致后，生成本季度职业伤害保障结算汇总表，并将结算汇总表签章后通知自治区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。委托承办机构托管账户余额低于一个季度支付额度的部分，作为本次结算后的资金划拨额。

第五十三条 自治区级经办机构基金管理部门于每季度最后一个月 20 日前按核定的结算后资金划拨额，一并纳入工伤保险

基金用款计划，向自治区财政部门提出次季度用款申请，自治区财政部门审核后5个工作日内拨付至自治区社保基金支出户。

自治区级经办机构基金管理部门在收到资金后3个工作日内，向委托承办机构拨付资金，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，委托承办机构可以向自治区级经办机构提出紧急拨付申请，经自治区级经办机构业务部门审核后，由自治区级经办机构基金管理部门划拨至资金托管账户，确保准备支付资金不低于一个季度的支付额度。

第五十四条 委托承办机构代发职业伤害保障医疗待遇、伤残待遇和工亡待遇，应当通过宁夏信息平台将待遇发放数据推送至金融机构，进行待遇发放上账处理。发放不成功的，应及时查明原因并重新发放。

第五十五条 自治区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，根据委托承办机构代付的职业伤害保障待遇支出，实行差额清算。

第五十六条 自治区级经办机构基金管理部门向资金托管账户划拨准备支付资金时，按照实际支付的金额，借记“暂付款”，贷记“支出户存款”“财政专户存款”科目。

自治区级经办机构基金管理部门根据自治区级经办机构业务部门按月核定的待遇支付汇总表，借记“社会保险待遇支出”，贷记“暂付款”科目。

项目清算后，自治区级经办机构基金管理部门根据自治区级经办机构业务部门提供的清算汇总表进行账务处理。

第七章　信息管理

第五十七条 全区统一使用宁夏信息平台办理职业伤害保障业务。自治区人社信息部门应当按照全国信息平台的技术要求建设完善宁夏信息平台，实现人社部、自治区间业务协同和信息流转，并支持与自治区交通运输、商务、税务、市场监督管理等部门信息共享。

第五十八条 人力资源社会保障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。

第五十九条 每月10日(如遇到法定节假日顺延)，自治区人社信息部门将平台企业的参保登记信息、订单总量、缴费基准额和缴费标准浮动情况，以及接单人员基础信息和订单汇总信息等通过社税信息共享平台传递给自治区级税务机关，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同步推送至全国信息平台。

自治区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自治区人社信息部门，由自治区人社信息部门通过宁夏信息平台同步推送至全国信息平台。自治区人社信息部门

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，自治区人社信息部门应推送正确数据进行更正。

第六十条 自治区人社信息部门和自治区级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、新增或变更系统业务功能需求等。

第八章　服务与监管

第六十一条 自治区级经办机构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。

第六十二条 自治区人力资源社会保障部门可联合医疗、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，组织各级经办机构对委托承办机构进行监督检查，督促其及时按照委托服务协议做好职业伤害保障相关事务。

自治区人力资源社会保障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承办招标工作。

第六十三条 委托承办机构存在以下情形之一的，自治区人力资源社会保障部门应及时终止委托服务协议，该委托承办机构

3年内不得承办职业伤害保障事务；情节严重，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

（一）发生服务能力严重不足、服务质量低下或者其他严重影响职业伤害保障工作的重大情况；

（二）挪用、截留、侵占、骗取、套取职业伤害保障资金；

（三）泄漏参保人员信息；

（四）违反法律法规的其他情形。

存在第（二）项情形的，由自治区人力资源社会保障部门责令委托承办机构退回挪用、截留、侵占、骗取、套取的职业伤害保障资金。

第六十四条 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，完善安全防护措施，加强新就业形态人员安全教育和管理，通过宣传、培训等方式预防、减少职业伤害事故。

第六十五条 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就业人员得到及时救治。

平台企业应当在经营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、子公司等分支机构或者合作的加盟商、配送公司以及人力资源服务公司等机构（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。

第六十六条 平台服务机构应当在服务所在地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服务机构名单、联系人等信息。

第六十七条 平台服务机构应当及时向市、县人力资源社会保障部门登记备案，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，接受各级人力资源社会保障部门的监督管理。

第六十八条 平台服务机构应当对属地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、安全培训等。

第六十九条 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。造成重大不良社会影响的，自治区人力资源社会保障部门约谈平台企业，责令其依法承担法律责任。

第七十条 自治区级经办机构和自治区级主管税务机关以职业伤害保障业务数据为基础，利用信息化手段监测运行情况，定期开展职业伤害保障运行情况分析。

第七十一条 各级人力资源社会保障部门、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

第七十二条 本规程未尽事宜，参照《工伤保险条例》《宁夏回族自治区实施<工伤保险条例>办法的通知》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。

第七十三条 本规程自 2025 年 7 月 1 日起开始执行，本规程施行后受到事故伤害的职业伤害人员，按照本规程有关规定执行；根据试点运行情况，可以适时对规程相关内容进行调整。

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.职业伤害确认结论书

9.不予确认职业伤害结论书

10.劳动能力鉴定申请表

11.职业伤害人员劳动能力初次（复查）鉴定结论书

12.职业伤害人员劳动能力再次鉴定结论书

13.职业伤害保障跨省异地就医（康复）备案表

14.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《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》）相关规定填写并分别向各省份和计划单列市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：填写平台企业在各省份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：填写平台企业在各省份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/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）内在各

省份或计划单列市执行的订单数量之和。

11.缴费标准：填写各省份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各省份和计划单列市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 colspan="2"></td><td>性别</td><td></td></tr>
<tr><td>证件类型</td><td colspan="2">□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 colspan="2"></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 colspan="2"></td><td>受伤地点</td><td></td></tr>
<tr><td>受伤害部位</td><td colspan="2"></td><td>诊断时间</td><td></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>平台服务机构名称</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>企业经办人姓名及联系电话</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>新就业形态人员受伤害经过简述</td><td colspan="2">（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>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>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="2">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>
</table>

<table>
<tr><td colspan="2">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>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 colspan="2">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>
<tr><td rowspan="4">死亡待遇申领填报</td><td rowspan="4">一次性职业伤害死亡补助金和丧葬补助金的申领</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>
<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>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="13"></td><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>公民身份号码</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>与死亡新就业形态人员的关系</td><td></td><td>是否孤儿或孤寡老人</td><td></td><td>联系电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>联系地址</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>账户信息</td><td colspan="6">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>公民身份号码</td><td colspan="2"></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 colspan="2"></td></tr>
<tr><td>联系地址</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>账户信息</td><td colspan="6">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>公民身份号码</td><td colspan="2"></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 colspan="2"></td></tr>
<tr><td>联系地址</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>账户信息</td><td colspan="6">开户行_____ 开户名_____
银行账户_____</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td></td><td colspan="3">

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></td><td></td><td>供养亲属签名①（按指印）:</td><td>供养亲属签名②（按指印）:</td><td>供养亲属签名③（按指印）:</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="3">代办人签名（按指印）:
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（仅限在抢救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.职业伤害保障工亡待遇申请表
		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)
领取工伤保险待遇	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_____，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_____。

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

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 9

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

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

<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:

指定受送达人:　　邮编□□□□□□</td></tr>
<tr><td rowspan="2">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_____; 与工伤职工关系_____; 身份证件号码: _____。□4.社会保险经办机构</td></tr>
</table>

	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;
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 11

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 12

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 13

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>
</table>

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 14

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>辅助器具</td><td>辅助器具名称</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

基本信息	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。