

# 济南邦得人力资源有限公司

## 在职员工申领工伤保险待遇服务指南

### ◆办理窗口

邦得公司业务办理窗口（济南市人才服务局一楼西侧 9-10 号窗口）

### ◆办理时限

1、用人单位应当自职工发生事故伤害或者被诊断、鉴定为职业病之日起 30 日内向社会保险行政部门提出工伤认定申请。

2、用人单位未在规定时间内提出申请的，职工或其近亲属、工会组织在事故伤害发生之日起或者被诊断、鉴定为职业病之日起 1 年内，向社会保险行政部门提出工伤认定申请。

（因上述时间限制，职工尽量 20 日之内把准备好的材料交至邦得公司业务办理窗口）

### ◆需要提交的材料

#### 一、受伤员工所需材料

- 1、济南市职工工伤认定申请表（详情见附件三）；
- 2、职工身份证复印件（写明常用联系方式）；

3、职工个人工伤认定申请书（写明事故发生时间、地点、原因等，盖手印，切不可与用工单位工伤事故调查报告书的内容一模一样）

4、两人以上证人证言（详情见附件二，内容不可一模一样）

5、受伤职工全部发票原件及复印件、初诊病历及复印件、医疗诊断证明盖章及复印件、用药明细盖章（死亡者附死亡证明）；

6、本人名下的银行卡复印件；

## 二、用工单位所需材料

用工单位工伤事故调查报告书（写明事故发生时间、地点、原因等，要盖单位公章，切不可与个人工伤认定申请书的内容一模一样）

## 三、受伤员工所需相关材料（根据实际情况选择性提供）

1、属于履行工作职责受到暴力伤害的，提交公安行政部门或者人民法院出具的证明材料；

2、属于因工外出期间由于工作原因受到伤害或者发生事故下落不明的，用人单位出具因工外出的证明材料；

3、属于交通事故的，提交公安部门出具的事故责任结论和考勤表；

4、属于职业病的，提交职业病诊断证明或者鉴定书；

5、属于从事抢险救灾等维护国家利益、公共利益活动中受到伤害的，提交相关部门出具的证明材料（公安、民政部门）；

6、属于因公、因战负伤致残的复员转业军人旧伤复发的，提交革命伤残军人证及旧伤复发证明材料；

7、职工近亲属提供工伤认定申请的，提交有效的直系亲关系证明。委托他人申请的，应当同时提交被委托人的身份证明和委托书。

8、其他特殊情况需提交的证明材料。

#### ◆ 办理程序

1、请填写《邦得在职员工工伤保险》信息收集表

方式一：邦得业务咨询 QQ 群

361699303 -群在线文档

方式二：扫描二维码



2、请将纸质报销材料备齐，交至邦得公司业务办理窗口，由邦得公司统一送至社保提交材料。

地址：济南市经十路 22399 号（济南市人才服务局一楼 9-10 号窗口）

3、经社保审核后（一般 60 个工作日），符合工伤保险待遇申领条件的，会打印工伤认定书，然后进入工伤报销流程。报销完成后，打印工伤待遇结算单，报销费用会在 30 个工作日内汇入本人提供的银行卡中。

#### ◆办理时间

工作日早上 9:00-11:30，下午 13:00-17:00

#### ◆联系方式

邦得业务咨询 QQ 群 361699303

声明：本服务指南是为方便员工看懂而编写，尽量减少了专业术语，仅用于服务告知，不作他用。专业、规范、标准的表述以社保官网发布的服务指南为准。

附件一：

## 个人工伤认定申请书参考格式

济南市人力资源和社会保障局：

首先写明受伤害职工基本信息。（主要写明：什么时间来本单位工作，在什么部门从事什么岗位，具体的工种或职务，以及上下班作息时间。）

第二段写明事故经过（写明：事故发生具体时间如\*年\*月\*日\*时\*分，在什么地点，做什么工作时因为什么原因发生什么事故。详细写清发生事故时的具体情况。上下班路上交通事故的还应当写明自己的行车路线、单位地址、家庭住址、事故发生地址等。）

第三段写明诊疗经过（主要写明：何时首次到哪家医疗机构诊治，医疗机构的具体诊断，以及受伤后的整个诊疗经过。）

第四段写明根据《工伤保险条例》第三章十四条或第十五条哪一项申请认定或视同工伤。

附件二：

## 济南市职工工伤认定申请证人证言

证人姓名	如实填写	性别	如实填写	年龄	如实填写
工作单位 及职务	如实填写		联系电话	如实填写	
家庭住址	如实填写				

**证言（事故发生时间、地点、经过）：**

填写指南：

1、说明证人的身份以及与受伤员工之间的关系；

2、详细描述证人了解的事情经过，着重还原职工受伤时的具体场景。主要写明：事发时间如某年某月某日某时某分、事发地点、并详细说明事情的起因、经过、以及事发后的就医过程。（交通事故须注明上下班时间，下班期间交通事故须注明受伤员工何时离开单位）

3、说明事情发生时是本人亲眼所见还是事发后听别人说的，如果是听别人说的须说明是谁说的。

4、两份证言需由证人分别独自书写。一份证言两人签字和两份证言内容雷同的属于无效证言。

**以上所述属实，否则愿负法律责任。**

**签 字（盖手印）**

年 月 日

附件三：

## 工伤认定申请表

申请人：

受伤害职工：×××

是否参加工伤保险：是

用人单位社会保险登记证编号：

申请人与受伤害职工关系：劳动关系

申请人地址：

邮政编码：

联系人：

联系电话：

法律文书送达地址：

填表日期：××××年××月××日

济南市人力资源和社会保障局制



职工姓名	XXX	性别	X	出生年月	XXXX年XX月XX日
身份证号码	18位数字			联系电话	常用手机号
家庭住址	详细的现住址或常住地址			邮政编码	XXXXXX
工作单位				邮政编码	
法定代表人				联系电话	
单位地址					
职业、工种或工作岗位	具体岗位	参加工作时间	XXXX年XX月	申请工伤或视同工伤	申请工伤
事故时间	XXXX年XX月XX日	诊断时间	XXXX年XX月XX日	伤害部位或疾病名称	详细部位或疾病
接触职业病危害时间		接触职业病危害岗位		职业病名称	
<p>受伤害经过简述（可附页）：</p> <p style="text-align: center;">（受伤员工写明事故发生的时间、地点、原因、何时去哪所医院就诊等详细经过）</p>					

用人单位应当自职工发生事故伤害之日或被诊断为、鉴定为职业病之日起三十日内，向市人力资源和社会保障局提交工伤认定申请材料。如遇特殊情况，经市人力资源和社会保障局同意，申请时限可以适当延长，但最长不得超过三十日。如未在上述规定时限内提交的，在此期间发生符合《工伤保险条例》规定的工伤待遇等有关费用由用人单位负担。

受伤害职工或亲属意见:

本人认为符合《工伤保险条例》第三章第(十四)条第(一)项之规定,应认定为\_\_工伤\_\_。(工伤或视同工伤)

本人自愿选择(委托单位代签;到市人力资源和社会保障  
局领取;邮寄送达;委托邮寄给单位代收送达)作为本次工伤  
认定过程中的各项法律文书的送达方式。(注:请在您选择的内  
打√并摁手印。)

受伤员工签字

签字(手印): 按手印

XXXX年XX月XX日

用人单位意见:

法定代表人签字:

单位印章:

年 月 日

市人力资源和社会保障行政部门审查资料情况和受理意见:

印章

年 月 日

备注:

用人单位未按《工伤保险条例》第十七条第一款规定提出工伤认定申请的,工伤职工或者其直系亲属、工会组织在事故伤害发生之日或者被诊断、鉴定为职业病之日起1年内,可以直接向市人力资源和社会保障局提交工伤认定申请材料。