**关于工伤保险待遇划入单位账户的确认书**

开平市社会保险基金管理局：

 本单位\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 职工

（性别： ，身份证号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）于\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日发生工伤，\_\_\_年\_\_\_月 \_日至\_\_\_年\_\_\_月\_ 日在\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_医院进行以下治疗：□工伤医疗 □康复治疗 □安装辅助器具。

本单位于\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_日至\_\_\_年\_\_\_月\_ 日为该名工伤职工垫付在上述医疗机构发生的以下费用：□工伤医疗费用 □康复治疗费用 □辅助器具费用（详细情况：发票总计 张，发票金额总计 元，其中医疗保险垫付 元，用人单位垫付 元）。附凭证(□汇款凭证 □支付宝支付凭证 □微信支付凭证 □如付现金，需另附承诺书)

现工伤职工与单位一致同意并确认将报销的上述费用划入如下单位账户：

银行名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_银行 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_支行（分行）

账户户名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

银行账号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

职工或其近亲属 用人单位（盖章）：

签名（按指印）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

单位垫付凭证（下方空白处附上垫付凭证页面）：

以下垫付凭证是否属实：□属实 □不属实

工伤职工签名确认（按手印）：

情况说明：

关于现金支付的承诺书

开平市社会保险基金管理局：

 本单位\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 职工

（性别： ，身份证号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）于\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日发生工伤，\_\_\_ 年\_\_\_月 \_日至\_\_\_年\_\_\_月\_ 日在\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_医院进行以下治疗：□工伤医疗 □康复治疗 □安装辅助器具。

□本单位委托\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_工作人员于\_\_\_ 年\_\_\_月 \_日至\_\_\_ 年\_\_\_月\_\_\_日通过现金方式把上述费用交至□工伤职工 □工伤职工亲属\_\_\_\_\_\_\_\_\_，该□工伤职工 □工伤职工亲属于\_\_\_ 年\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_ 年\_\_\_月\_\_\_日支付上述费用至\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_医院（详细情况：发票总计 张，发票金额总计 元，其中医疗保险垫付 元，用人单位垫付 元）。

□本单位委托\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_工作人员于\_\_\_ 年\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_ 年\_\_\_月\_\_\_日使用现金支付上述费用至\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_医院（详细情况：发票总计 张，发票金额总计 元，其中医疗保险垫付 元，用人单位垫付 元）。

□ 其他情况说明

本单位承诺上述陈述属实，如有不实，愿意承担一切法律责任。

用人单位（盖章）：

 工伤职工或亲属签名（按手印）：年 月 日