

领取一次性工伤医疗补助金权利义务告知书

_____ (伤残职工本人):

根据《工伤保险条例》、《广东省工伤保险条例》的规定，伤残职工享有以下待遇:

一、五级、六级伤残职工本人提出与用人单位解除或者终止劳动关系的，由工伤保险基金支付一次性工伤医疗补助金，由用人单位支付一次性伤残就业补助金，终结工伤保险关系:

(一) 一次性工伤医疗补助金。标准为：五级伤残为十个月的本人工资，六级伤残为八个月的本人工资。

(二) 一次性伤残就业补助金。标准为：五级伤残为五十个月的本人工资，六级伤残为四十个月的本人工资。

二、七级至十级伤残职工劳动、聘用合同终止或者依法与用人单位解除劳动关系的(享受基本养老保险待遇或者死亡情形除外)，由工伤保险基金支付一次性工伤医疗补助金，由用人单位支付一次性伤残就业补助金，终结工伤保险关系:

(一) 一次性工伤医疗补助金。标准为：七级伤残为六个月的本人工资，八级伤残为四个月的本人工资，九级伤残为二个月的本人工资，十级伤残为一个月的本人工资。

解除或终止劳动关系时间(离职时间)与工伤保险停保时间不一致的，本人同意以停保时间前的十二个月平均月缴费工资为本人工资。

(二) 一次性伤残就业补助金。标准为：七级伤残为二十五个月的本人工资，八级伤残为十五个月的本人工资，九级伤残为八个月的本人工资，十级伤残为四个月的本人工资。

三、伤残职工未办理领取一次性医疗补助金的，将继续享有旧伤复发、原工伤部位继续治疗等条例所规定的待遇。

四、伤残职工一旦办理领取一次性医疗补助金的，视为该次工伤保险关系终结，我单位将不再对后续有关事宜承担责任。

开平市社会保险基金管理局

年 月 日

我已详细了解上述内容并同意。

请在方框内抄写一遍上一行文字：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

签收人签名（按指印）：

签收日期：

（注：领取一次性工伤医疗补助金权利义务告知书为一份，存档。）