

2025 年度工伤保险长期待遇享受人员资格认证登记表

单位名称（盖章）：

年 月 日

单位情况	单位编号		是否 正常年审		是否 正常缴费			
	经办人			联系电话				
	通讯地址			邮编				
享受待遇人员基本情况	姓名		性别		出生 年月		一寸彩色近照	
	身份证号码			户籍地				
	现详细住址							
	联系电话			邮编				
	待遇享受情况	待遇类别		享受起始时间		目前月享受金额		与工亡职工关系或评定级别
		供养亲属抚恤金（ ）						
		伤残津贴（ ）						
		生活护理费（ ）						
调查基本项目	项 目				确 认			
	健康状况				是（ ） 否（ ）			
	供养亲属抚恤金	配偶是否再婚				是（ ） 否（ ）		
		工亡职工子女年满 18 周岁且未完全丧失劳动能力				是（ ） 否（ ）		
		工亡职工子女被他人或组织收养				是（ ） 否（ ）		
		应征入伍				是（ ） 否（ ）		
		判监收监执行期间				是（ ） 否（ ）		
		享受养老保险待遇				是（ ） 否（ ）		

	享受养老保险待遇情况	企业职工养老 ☐ 机关事业单位养老 ☐ 城乡居民养老 ☐
伤残津贴	工作状态	在职 () 退休 ()
	伤残等级或护理等级是否发生变化	是 () 否 ()
告知内容	《中华人民共和国社会保险法》规定： 第八十八条：以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险待遇的，由社会保险行政部门责令退回骗取的社会保险金，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款。 第九十四条：违反本法规定，构成犯罪的，依法追究刑事责任。	
享受待遇人员确认	我已了解告知内容，确认以上调查基本项目的各项内容均如实填写，承诺事项如有不实，本人愿承担相应法律责任。 签字：_____ 年 月 日	
职工所在单位确认	我单位对以上各项填报内容均确认无误，并承诺真实有效。 审核人：_____ 单位负责人：_____ 年 月 日 (章)	
工伤保险经办机构意见	2025 年度工伤保险长期待遇享受人员资格认证 ☐ 通过 / ☐ 不通过。 经办人：_____ 审核人：_____ 部门负责人：_____ 年 月 日 (章)	
备注		

说明：

- 1、本表一式两份，工伤保险经办机构、工伤职工所在单位各执一份。
- 2、此表用作享受工伤保险长期待遇人员资格的年度审核凭证，请妥善保管。
- 3、按照《工伤保险条例》第六十条规定，用人单位、工伤职工或者其近亲属骗取工伤保险待遇，一经核实，将追究其相关法律责任。