附件1

 编号：

职业伤害确认申请材料收取清单

申请人： 受伤害人员姓名：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 材 料 名 称 | 份数 | 页数 | 材料性质 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 备注 | 1.材料性质是指材料系原件或者复印件；2.申请人提交的所有资料必须真实、准确、完整、有效；3.本清单一式两份，申请人和社会保险行政部门各留存一份；4.核对无误后，双方签字确认。 |

申请人（经办人）（签字）： 日期： 年 月 日 附件2

 编号：

职业伤害确认申请材料补正告知书

　　 　：

你（单位）于　　　年　　　月　　　 日提出的　　　（身份证号码：xxxxxxxxxxxxxxxxxx）职业伤害确认申请材料收悉。经审核，提交的材料不完整，请补正以下材料：

1、　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　；

2、　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　；

3、　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　；

4、　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　。

以上材料请于10日内补正，如有特殊情况请及时联系。按规定补正后，依法决定是否受理，特此告知。

联系电话：

联系地址：

 （盖章）

　　　　　　　 　年　 月 日

附件3

 编号：

职业伤害确认申请受理决定书

　 ：

你（单位）于　 年　 月　 日提交　 （身份证号码：xxxxxxxxxxxxxxxxxx）的职业伤害确认申请收悉。经审查，符合受理的条件，现予受理。

 （盖章）

　　　　　　　　　　 　 　年　 月　 日

注：本决定书一式三份，社会保险行政部门、受伤害人员或者其近亲属、平台企业各留存一份。

附件4

 编号：

职业伤害确认申请不予受理决定书

 ：

你（单位）于　 年 　月　 日提交 （身份证号码：xxxxxxxxxxxxxxxxxx）的职业伤害确认申请收悉。

经审查：

参照《山东省工伤认定规程》第十五条第 项规定，现决定不予受理。

你（单位）如对本决定不服的，可自接到本决定书之日起60日内向xxxx人民政府申请行政复议，或者自接到本决定书之日起六个月内向xxxxxx人民法院提起行政诉讼。

 （盖章）

　　　　　　　 　 年 月 日

注：本决定书一式三份，社会保险行政部门、受伤害人员或者其近亲属、平台企业各留存一份。

附件5

 编号：

职业伤害确认申请限期举证通知书

　　　　　　　　：

本局　 年　 月　 日收到关于 的职业伤害确认申请，经审核材料于　 年　 月　 日予以受理。参照《工伤保险条例》第十九条第二款及《工伤认定办法》第十七条规定，现将举证事项通知如下：

一、如你单位对申请人提出的职业伤害确认申请不予认可或对申请人的职业伤害确认申请所依据的事实存在异议，你单位有义务提供证据加以证明。

平台企业无正当理由在规定时限内不提供证据的，社会保险行政部门可以根据受伤害人员或者其近亲属、工会组织以及相关部门提供的证据，或者调查核实取得的证据，依法作出职业伤害确认结论。

二、向本局提供证据，应当提供原件或原物，也可以提供经本局核对无异的复制件或复制品，并对提交的证据材料的来源、证明对象和内容作简要说明，签名盖章，注明提交日期。

三、你单位在收到本通知书之日起10日内向本局提交举证证据。在举证期限内提交证据确有困难的，应当在举证期限内向本局申请延期举证，经本局准许可适当延长举证期限。在举证期限内不提交证据且未申请延期的，视为放弃举证权利。

四、请确认你单位法律文书送达地址　　　　　　　　　　。如果有变化请及时告知本局，并提供新的送达地址及联系方式，如因你单位地址（联系方式）变动且未告知本局而导致文书无法送达的，相关责任由你单位承担。

联系电话：

联系地址：

 （盖章）

　　　　　　　 　年　 月 日

附件6

 编号：

[职业伤害确认中止告知书](http://www.ft22.com/rendingwenshu)

　　　　　　　　：

本局于　 年 　月　 日受理了 （身份证号码：xxxxxxxxxxxxxxxxxx）的职业伤害确认申请。由于存在以下情形： ，参照《工伤保险条例》及《山东省工伤认定规程》第二十三条之规定，自　 年 　月　 日起中止职业伤害确认程序。待上述中止情形消失后，将按规定恢复职业伤害确认程序。中止职业伤害确认的时间不计入职业伤害确认期限。

                    （盖章）

　　　　　　　 年　 月 日

注：本告知书一式三份，社会保险行政部门、受伤害人员或者其近亲属、平台企业各留存一份。

附件7

 编号：

恢复[职业伤害确认告知书](http://www.ft22.com/rendingwenshu)

　　　　　　　　：

按照规定，由于存在 情形，本局于　 年

 　月　 日依法中止 （身份证号码：xxxxxxxxxxxxxxxxxx）的职业伤害确认申请。现在中止情形已消失，我局已于　 年 　月　 日恢复职业伤害确认程序。中止职业伤害确认的时间不计入职业伤害确认期限。

 （盖章） 　　　　　　　 　年　 月 日

注：本告知书一式三份，社会保险行政部门、受伤害人员或者其近亲属、平台企业各留存一份。

附件8

 编号：

[职业伤害确认终止决定书](http://www.ft22.com/rendingwenshu)

　　　　　　　　：

本局于　 年 　月　 日受理了 （身份证号码：xxxxxxxxxxxxxxxxxx）的职业伤害确认申请。经审核， ，参照《山东省工伤认定规程》第二十六条之规定，现终止关于 的职业伤害确认。

你（单位）如对本决定不服的，可自接到本决定书之日起60日内向本级人民政府申请行政复议，或者自接到本决定书之日起六个月内向xxxxxx人民法院提起行政诉讼。

 （盖章）

　　　　　　　 　 年　 月 日

注：本决定一式三份，社会保险行政部门、受伤害人员或者其近亲属、平台企业各留存一份。

附件9

 编号：

职业伤害确认补正告知书

 ：

我局主动发现或者根据xxx（平台企业或新就业形态人员）提交的关于（新就业形态人员）的职业伤害确认相关补充材料，经调查核实，决定将《XXX人力资源和社会保障局职业伤害确认（不予确认职业伤害）决定书》（文书编号）的相关内容予以补正。

1.XXX补正为XXX。

2.

本补正告知书是《XXX人力资源和社会保障局职业伤害确认（不予确认职业伤害）决定书》（文书编号）的组成部分，不改变原文书性质。

 （盖章）

 年 月 日

注：本告知书社会保险行政部门、受伤害人员或者其近亲属、平台企业各留存一份，抄送社会保险经办机构和劳动能力鉴定机构。

附件10

 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：1.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。

2.经治疗伤情相对稳定后存在残疾、影响劳动能力的，应当在受伤之日起2年内或经职业伤害确认后1年内，向确认地市劳鉴委提出职业伤害初次鉴定申请。

附件11

 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12

 编号：

职业伤害确认变更决定书

 ：

我局主动发现或者根据 （平台企业或受伤害人员） 提交的关于（新就业形态人员）的职业伤害确认相关补充材料，经调查核实，决定将《XXX人力资源和社会保障局职业伤害确认（不予确认职业伤害）决定书》（文书编号）的相关内容予以变更。

1.XXX变更为XXX。

2.

本变更决定书是《XXX人力资源和社会保障局职业伤害确认（不予确认职业伤害）决定书》（文书编号）的组成部分，不改变原文书性质。

你（单位）如对本决定不服的，可自接到本决定书之日起60日内向本级人民政府申请行政复议，或者自接到本决定书之日起六个月内向xxxxxx人民法院提起行政诉讼。

 （盖章）

 年 月 日

注：本决定书社会保险行政部门、受伤害人员或者其近亲属、平台企业各留存一份，抄送社会保险经办机构和劳动能力鉴定机构。

附件13

 编号：

撤销职业伤害确认结论决定书

 ：

我局于　 年 月 日作出（新就业形态人员）的职业伤害确认结论。经我局调查核实，因（ 原因 ），原职业伤害确认结论应撤销，现决定撤销《XXX人力资源和社会保障局职业伤害确认（不予确认职业伤害）决定书》（文书编号）。

你（单位）如对本决定不服的，可自接到本决定书之日起60日内向本级人民政府申请行政复议，或者自接到本决定书之日起六个月内向xxxxxx人民法院提起行政诉讼。

 （盖章）

 年 月 日

注：本决定书社会保险行政部门、受伤害人员或者其近亲属、平台企业各留存一份，抄送社会保险经办机构和劳动能力鉴定机构。

附件14

职业伤害人员劳动能力鉴定申请表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 职 业 伤 害 人 员 信 息 栏 | 职业伤害人员姓名： | 一寸近期免冠彩色照片 |
| 职业伤害确认结论书编号： |
| 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□□□□□□□□□□□□□□□□□□ |
| 联系电话（必填一项）： （手机） （手机二） |
| 指定送达地址：指定受送达人： 邮编□□□□□□ |
| 平 台 企 业 信 息 栏 | 平台企业名称： |
| 平台企业联系人：  |
| 联系电话：（必填一项）： （手机） （手机二） |
| 指定送达地址：指定受送达人： 邮编□□□□□□ |
| 申 报 事 项 信 息 栏 | 申请类型选择(请在□内打√，单项选择)：□初次鉴定 （事故发生时间： ） □再次鉴定 （收到初次鉴定的时间： ）□复查鉴定（初次） □复查鉴定（再次） □确认项目 ：  |
| 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 |
| 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）

附件15

职业伤害劳动能力鉴定材料补正告知书

 编号：

　 ：

你（单位）于 年 月 日提出的提出的 （身份证号码：xxxxxxxxxxxxxxxxxx）职业伤害劳动能力鉴定申请收悉，经审核材料不完整，请补正以下材料：

1、　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　；

2、　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　；

3、　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　；

4、　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　。

特此告知，请于收到该告知书之日起 日内补正，无正当理由逾期不补正的，视为申请人撤回劳动能力鉴定申请，由申请人在30日内自行取回申请材料。

 （盖章）

 年 月 日

附件16

职业伤害劳动能力鉴定材料收讫告知书

 编号：

　 ：

你（单位）于　 年 　月　 日提交 （身份证号码：xxxxxxxxxxxxxxxxxx）的职业伤害劳动能力鉴定申请收悉。经审查，经审核材料完整，予以收讫。

 （盖章）

　　　　　　　　　　 　 　年 月　 日

 附件17

职业伤害劳动能力鉴定申请不予受理告知书

 编号：

 ：

你（单位）于 年 月 日提交的 （身份证号码：xxxxxxxxxxxxxxxxxx）的职业伤害劳动能力鉴定申请收悉。

经审查：

 ，参照《山东省工伤职工劳动能力鉴定工作规程》第十一条第 项规定，我委决定不予受理。

特此告知。

 （盖章）

 年 月 日

附件18

职业伤害劳动能力鉴定中止告知书

 编号：

　　　　　　　　：

我委于 年 月 日收到关于 （身份证号码：xxxxxxxxxxxxxxxxxx）职业伤害劳动能力鉴定申请。

因存在以下情形：

 ，参照《工伤保险条例》及《山东省工伤职工劳动能力鉴定工作规程》第十五条之规定，我委决定中止鉴定程序。 恢复程序的相关要求 。

中止期间不计入职业伤害劳动能力鉴定结论作出的时限。

 （盖章）

　　　　　　　 　年　 月 日

附件19

职业伤害劳动能力鉴定终止告知书

 编号：

 ：

我委于 年 月 日收到关于 （身份证号码：xxxxxxxxxxxxxxxxxx）职业伤害劳动能力鉴定申请。

经审查：

 ，参照《工伤保险条例》及《山东省工伤职工劳动能力鉴定工作规程》之规定，我委决定终止鉴定程序。

特此告知。

 （盖章）

　　　　　　　 　年　 月 日

附件20

职业伤害人员劳动能力鉴定专家评审表

 编号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被鉴定人姓名 |  | 身份证号码 |  |
| 伤情记录：（病史描述）伤情介绍：（专家组现场检查的具体情况，包括伤残部位、器官功能障碍程度、诊断情况等）鉴定依据：《劳动能力鉴定 职工工伤与职业病致残等级》（GB/T16180-2014）国家标准中（级别条款、晋级原则等）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 ；

a) □ 进食； b） □ 翻身； c） □ 大、小便；d）□ 穿衣、洗漱； e） □ 自主行动。 1. 其他：（辅助器具配置、职业伤害康复期、治疗职业伤害期）

专家组签名： 年 月 日 |

附件21

职业伤害人员劳动能力初次（复查）鉴定结论书

 编号:

被鉴定人： 身份号码：

平台企业：

职业伤害确认书编号：

事故发生时间：

伤残情况： （包括现场检查情况）

 。

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日内向山东省劳动能力鉴定委员会申请再次鉴定。

 （盖章）

 年 月 日

注：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22

职业伤害人员劳动能力再次鉴定结论书

 编号:

被鉴定人： 身份号码：

平台企业：

职业伤害确认书编号：

原劳动能力鉴定结论书编号：

事故发生时间：

伤残情况： （包括现场检查情况）

 。

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。

 （盖章）

 年 月 日

注：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23

劳动能力鉴定结论更正（补正）通知书

 编号：

被鉴定人： 身份证号：

职业伤害确认书编号：

劳动能力鉴定结论书编号：

经审查，劳动能力鉴定结论书中

存在错误（遗漏），现予以更正（补正）为

特此通知。

 （盖章）

　　　　　　　 　年　 月 日

注：本通知书一式四份，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24

职业伤害劳动能力确认结论书

（职业伤害康复、职业伤害治疗期、辅助器具配置）

 编号:

被鉴定人： 身份证号：

平台企业：

职业伤害确认书编号：

事故发生时间：

根据《新就业形态人员职业伤害保障办法（试行）》《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）》《山东省新就业形态人员职业伤害保障业务经办实施细则（试行）》规定，参考《工伤保险条例》及工伤保险相关政策，经劳动能力鉴定专家组进行相关医学检查，确认结论为

 。

 （盖 章）

　　　　　　　 　年　 月 日

注：本结论书一式四份，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25

撤销劳动能力鉴定结论通知书

 编号:

 ：

我委于　 年 月 日作出的关于 （身份证号码：xxxxxxxxxxxxxxxxxx）的职业伤害劳动能力鉴定结论结论。

经审查，存在 的情形，现决定撤销《职业伤害劳动能力鉴定结论书》（文书编号 ）。

特此通知。

 （盖 章）

　　　　　　　 　年　 月 日

注：本通知书一式四份，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26

职业伤害劳动能力初次鉴定检查诊断费结算单

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被鉴定人姓名 | 身份证号码 | 医疗机构名称 | 检查诊断项目名称 | 检查诊断时间 | 金额 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 支付信息 | 户 名：开 户 行： （具体到支行）银行账户： |
| 审核意见 | 经办人： XX市劳动能力鉴定委员会 （盖 章） |

附件27

文书送达回执

|  |  |
| --- | --- |
| 文书名称 |  |
| 文书编号 |  |
| 平台企业名称 |  |
| 受伤害人员姓名 |  |
| 平台企业送达方式 |  | 邮寄日期 |  |
| 平台企业送达地址 |  |
| 平台企业收件人签名 |  | 签收日期 |  |
| 受伤害人员送达方式 |  | 邮寄日期 |  |
| 受伤害人员员送达地址 |  |
| 受伤害人员签名 |  | 签收日期 |  |
| 代收人注明代收理由 |  |
| 公告时间 |  |
| 送达人 |  |
| 备注 |  |

备注：平台企业、受伤害人员或者其近亲属委托代理人签收的，应当提交授权委托书。

附件28

职业伤害人员联网结算备案表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 平台名称： |  |  |  |  |
| 职业伤害人员姓名 |  | 身份证号 |  |  |
| 家庭住址 |  | 是否涉及第三方责任 | □是 □否 |
| 联系电话 |  |
| 发生职业伤害时间 |  | 提出职业伤害确认申请时间 |  |
| 联网结算医疗机构名称 |  |
| 委托办理 机构 意见 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | 审核人：  |
|  |  |  年 月 日 |  |
| 社保经办 机构 意见 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | 审核人:  |
|  |  |  年 月 日 |  |
| 备注 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

附件29

职业伤害长期医疗证明

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 平台名称： |  |  |  |  |
| 职业伤害人员姓名 |  | 身份证号 |  |  |
| 联系电话 |  | 职业伤害确认书文号 |  |  |
| 发生职业伤害时间 |  | 首诊时间 |  |
| 伤害部位及程度 |  |
| 长期医疗方案 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 长期治疗时限 |  |  |  |  |
| 协议医疗 机构 意见 |  | 经办人： 医疗机构（章） 年 月 日 |
| 委托办理机构意见 |  |  |  |  |
|  | 经办人:  | 年 月 日 |  |
| 社保经办机构意见 |  |  |   |  |
|  |  |  |  |
|  | 经办人:  |
|  |  |  年 月 日 |
| 备注 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 注：本表一式三份，职业伤害人员、协议医疗机构和社保经办机构各留存一份。 |

附件30

职业伤害人员辅助器具配置申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 平台名称： |  |  |  |  |
| 职业伤害人员姓名 |  | 身份证号 |  |  |
| 联系电话 |  | 联系地址 |  |  |
| 职业伤害确认文号 |  | 发生职业伤害时间 |  |
| 伤害部位及程度 |  |
| 配置机构名称 |  |
| 配置辅助器具项目 |  | 最低使用年限 |  |  |
|  |  |  |
| 职业伤害人员配置申请 | 本人签字： 年 月 日 |
| 平台单位 意见 |  | 经办人： （公章） 年 月 日 |
| 委托办理机构意见 |  |  |  |  |
|  | 经办人:  | 年 月 日 |  |
| 社保经办机构意见 |  |  |   |  |
|  |  |  |  |
|  | 经办人:  |
|  |  |  年 月 日 |
| 备注 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 注：本表一式三份，职业伤害人员、辅助器具配置机构和社保经办机构各留存一份。 |

附件31

职业伤害人员辅助器具更换申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 平台名称： |  |  |  |  |
| 职业伤害人员姓名 |  | 身份证号 |  |  |
| 联系电话 |  | 联系地址 |  |  |
| 职业伤害确认文号 |  | 发生职业伤害时间 |  |
| 伤害部位及程度 |  |
| 配置机构名称 |  | 配置辅助器具项目 |  |
| 上次配置时间 |  | 最低使用年限 |  |  |
|  |  |  |
| 职业伤害人员更换申请 | 本人签字： 年 月 日 |
| 配置机构 意见 | 需要更换的辅助器具能否正常使用□ 正常使用 □不能正常使用经办人： （公章） 年 月 日 |
| 委托办理机构意见 |  |  |  |  |
|  | 经办人:  |  年 月 日 |  |
| 社保经办机构意见 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | 经办人:  |
|  |  |  年 月 日 |
| 备注 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 注：本表一式三份，职业伤害人员、辅助器具配置机构和社保经办机构各留存一份。 |

附件32

退回多享受社会保险待遇告知书

 编号:

 （当事人姓名）:

经核查，您多享受（□本人， /□他人，参保人姓名： ,身份证号码： ） 年 月至 年 月职业伤害保障待遇，共计人民币 元，大写 。

请在收到本告知书之日起30日内一次性将多享受的社会保险待遇退回社会保险经办机构指定账户，注明待遇退还人姓名、社会保障号码。

若难以一次性退回多享受待遇的，可以向我们申请分期退回，签订分期还款协议，分期退回多享受待遇。

若未按期退回多享受待遇，参保人存在继续发放的社会保险定期待遇，我们将依据《社会保险经办条例》第四十六条直接从参保人在 （经办机构名称）后续享受的（□企业职工基本养老保险□机关事业单位工作人员养老保险□城乡居民基本养老保险□工伤保险□失业保险□职业伤害保障）待遇中抵扣。参保人存在应一次性领取、继承的个人账户余额或者丧葬补助金、抚恤金等待遇时，我们将在结算时对未退回部分直接抵扣。

若未按期一次性退回、未申请分期退回、没有待遇可以抵扣的，我们将依据《社会保险经办条例》第四十六条向您出具《责令退回多享受社会保险待遇决定书》。

如有异议的，请在收到本告知书之日起10日内提交有关证据材料进行陈述和申辩；逾期未提出的，视为无异议。

收款账户名称：

银行账号：

开户银行：

附言：（待遇享受人员姓名、身份证号码）退回多享受待遇

委托办理机构联系人： 电话：

委托办理机构地址：

社会保险经办机构联系人： 电话：

社会保险经办机构地址：

（盖章）

 年 月 日