**聊城市申请一次性工伤医疗补助金**

**三方协议**

甲方：（工伤职工）姓名　　　　　　身份证号

 伤残等级

乙方：（用人单位）

 地址

丙方：（社会保险经办机构）

根据《工伤保险条例》、山东省人力资源和社会保障厅《关于转发人社部发[2013]34号文件<明确工伤保险工作若干问题的通知>的通知》（鲁人社发[2013]39号）规定，上述三方经协商同意，就**申领一次性工伤医疗补助金等有关事宜达成如下协议：**

　　一、甲乙双方一致同意于　　　年　　　月 日依法解除或终止劳动关系。

二、甲乙双方均确认已充分阅读并理解本协议**附件**所列之规定内容，已充分了解各自的权利和义务。

三、甲乙双方依法解除或终止劳动关系后，乙方即按规定的标准向甲方支付一次性伤残就业补助金。

四、甲方自愿按规定向丙方申领一次性工伤医疗补助金后，**工伤保险基金不再支付治疗该工伤部位的工伤医疗（康复）费用、住院伙食补助费、到本市以外就医所需的交通和食宿费用、辅助器具配置费等所有相关费用。**

五、乙方于本协议签订之日向丙方提供**解除/终止劳动合同证明书等相关材料，协助甲方申领**一次性工伤医疗补助金。

六、丙方于本协议生效后，**按规定的标准和核准流程**将一次性工伤医疗补助金拨付到**甲方社保卡（银行卡）账户**。如有特殊情形的，也可拨付到甲乙双方共同确认的下列账户：

**户名：**

**开户行：　 　　　账号：**

# 七、甲方领取一次性工伤医疗补助金和伤残就业补助金后，工伤保险关系终止。

# 八、本协议经三方签字或加盖公章后生效。

# 九、本协议一式三份，甲乙丙三方各执一份，具有同等法律效力。

# 甲方： 乙方：(章)

#  　委托代理人： 法定代表人：

# 　　　　　　　　　　　　　　　或委托代理人：

# 日期： 日期：

# 丙方：社会保险经办机构：同意　(章)

# 日期：

**附件：请用人单位和工伤职工认真阅读以下规定内容：**

1.山东省人力资源和社会保障厅《关于转发人社部发[2013]34号文件<明确工伤保险工作若干问题的通知>的通知》（鲁人社发[2013]39号）第五条规定：五级、六级工伤职工本人提出与用人单位解除或者终止劳动关系，以及七级至十级工伤职工劳动、聘用合同期满终止或者本人提出与用人单位解除劳动、聘用合同，参加工伤保险的，工伤职工应与用人单位、社保经办机构签订三方书面协议，**由用人单位支付一次性伤残就业补助金，由工伤保险基金支付一次性工伤医疗补助金，工伤保险关系终止。**

2.一次性伤残就业补助金和一次性工伤医疗补助金的支付标准按照《关于印发山东省贯彻<工伤保险条件>实施办法的通知》（鲁政发[2011]25号）第二十五条的规定执行。具体规定：

 工伤职工被鉴定为五级、六级伤残的，经职工本人提出，可以与用人单位解除或终止劳动合同，以其解除或终止劳动合同时统筹地区上年度职工月平均工资为基数，分别支付本人22个月、18个月的一次性工伤医疗补助金和36个月、30个月的一次性伤残就业补助金。
　　工伤职工被鉴定为七级至十级伤残的，劳动合同期满终止，或者职工本人提出解除劳动合同，以其解除或终止劳动合同时统筹地区上年度职工月平均工资为基数，支付本人一次性工伤医疗补助金和一次性伤残就业补助金。一次性工伤医疗补助金的具体标准为：七级13个月，八级10个月，九级7个月，十级4个月；一次性伤残就业补助金的具体标准为：七级20个月，八级16个月，九级12个月，十级8个月。
　　职工被确诊为职业病的，一次性工伤医疗补助金在上述标准基础上加发50%。
　　工伤职工与用人单位解除或者终止劳动合同时，距法定退休年龄5年以上的，一次性工伤医疗补助金和一次性伤残就业补助金全额支付；距法定退休年龄不足5年的，每减少1年一次性伤残就业补助金递减20%。距法定退休年龄不足1年的按一次性伤残就业补助金全额的10%支付；达到法定退休年龄或者按规定办理了退休手续的，不支付一次性工伤医疗补助金和一次性伤残就业补助金。
　　一次性工伤医疗补助金和一次性伤残就业补助金所需资金，用人单位已经参加工伤保险的，一次性工伤医疗补助金由工伤保险基金支付，一次性伤残就业补助金由用人单位支付；未参加工伤保险的，一次性工伤医疗补助金和一次性伤残就业补助金，由用人单位支付。