

# 成都市温江区社会保险事业服务中心送达

## 公 告

成温社告字〔2026〕002号

四川铭基伟业劳务有限公司：

我中心于2026年5月18日因易桂英的工伤保险待遇支付一事向你公司作出《依法支付工伤保险待遇催告书》(成温社催(告)〔2026〕002号)，请你公司依法支付易桂英的工伤保险待遇。因无法与你公司取得联系，且其他方式无法送达，根据相关法律规定，现向你公司公告送达催告书。

本公告自发出之日起30日即视为送达。

特此公告。

附件：依法支付工伤保险待遇催告书

成都市温江区社会保险事业服务中心

2026年6月2日



# 成都市温江区社会保险事业服务中心

成温社催（告）〔2026〕002 号

## 依法支付工伤保险待遇催告书

四川铭基伟业劳务有限公司：

你单位职工易桂英，身份证号：511025\*\*\*\*\*1006，于 2021 年 1 月 12 日，在宇顺·莲花坊二期项目进行砖工作业时，坠落致伤。经成都市温江区人力资源和社会保障局认定该事故为工伤（编号：（2022）川 0115 工认 399 号）。因你单位未依法为该职工缴纳工伤保险费，根据《社会保险法》第四十一条规定，你单位是支付该职工工伤保险待遇的法定主体，应当依法承担支付责任，你单位不支付的，从工伤保险基金中先行支付。现易桂英因你单位未履行职工工伤保险待遇义务向我中心申请工伤保险待遇先行支付（具体金额详见附件 1）。故我中心要求你单位在收到本催告书后 5 个工作日内对上述标准及金额予以核实并依法支付易桂英工伤保险待遇，如你单位在规定期限内不按时足额支付的，我中心将在按照规定向易桂英先行支付工伤保险待遇后，依法向你单位追偿先行支付的相关费用。

如有疑问，请与我中心联系（联系电话：028-86299792）。

(此页无正文)

附件：易桂英工伤保险基金先行支付申请表

成都市温江区社会保险事业服务中心

2026年5月18日



附件24

四川省工伤保险基金先行支付申请表(表5—6)

单位名称: (章)

单位编号:

单位: 元、张

2026年5月15日

|                             |                                                                                                                                      |        |                                            |              |      |    |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------------------|--------------|------|----|
| 姓名                          | [盖章]                                                                                                                                 |        | 社会保障号码                                     | 5110[盖章]1006 | 性别   | 女  |
| 工作单位                        | 四川新基伟业劳务有限公司                                                                                                                         |        | 参加工作时间                                     | 2020.3.12    | 工作岗位 | 砖工 |
| 工伤(亡)时间                     | 2021.1.12                                                                                                                            | 工伤认定时间 | 2022.08.08                                 |              | 工伤类别 |    |
| 伤害部位(职业病名称)                 |                                                                                                                                      |        | 左侧肋骨、腰椎、胸椎、脾                               |              |      |    |
| 劳动能力鉴定时间                    | 2022.11.16                                                                                                                           | 伤残等级   | 玖级                                         | 护理等级         |      |    |
| 支付类型(勾选)                    | 用人单位未依法缴纳工伤保险费且不支付待遇 <input checked="" type="checkbox"/><br>第三人支付工伤医疗费用 <input type="checkbox"/><br>无法确定第三人 <input type="checkbox"/> |        |                                            |              |      |    |
| 未支付原因(勾选)                   | 肇事逃逸 <input type="checkbox"/>                                                                                                        |        | 无财产可执行 <input checked="" type="checkbox"/> |              |      |    |
|                             | 找不到赔偿人 <input type="checkbox"/>                                                                                                      |        | 单位关闭注销 <input type="checkbox"/>            |              |      |    |
|                             | 单位拒绝支付全部费用 <input type="checkbox"/>                                                                                                  |        | 第三人不支付医疗费 <input type="checkbox"/>         |              |      |    |
|                             | 单位拒绝支付部分费用 <input type="checkbox"/>                                                                                                  |        |                                            |              |      |    |
| 其他 <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                      |        |                                            |              |      |    |
| 待遇项目                        | 申请支付金额                                                                                                                               |        | 附件名称                                       |              | 张数   |    |
| 工伤医疗费                       |                                                                                                                                      |        |                                            |              |      |    |
| 工伤康复费                       |                                                                                                                                      |        |                                            |              |      |    |
| 辅助器具配置费                     |                                                                                                                                      |        |                                            |              |      |    |
| 住院伙食补助费                     |                                                                                                                                      |        |                                            |              |      |    |
| 统筹外就医交通住宿费                  |                                                                                                                                      |        |                                            |              |      |    |
| 一次性伤残补助金                    | 39150                                                                                                                                |        | 成温劳人仲委案(2022)1744号仲裁裁决书                    |              |      |    |
| 一次性工伤医疗补助金                  | 40710                                                                                                                                |        | 成温劳人仲委案(2022)1744号仲裁裁决书                    |              |      |    |
| 伤残津贴                        |                                                                                                                                      |        |                                            |              |      |    |
| 生活护理费                       |                                                                                                                                      |        |                                            |              |      |    |
| 一次性工亡补助金                    |                                                                                                                                      |        |                                            |              |      |    |
| 丧葬补助金                       |                                                                                                                                      |        |                                            |              |      |    |
| 供养亲属抚恤金                     |                                                                                                                                      |        |                                            |              |      |    |
| 劳动能力鉴定费                     |                                                                                                                                      |        |                                            |              |      |    |
| 金额合计                        | 79860                                                                                                                                |        |                                            |              |      |    |
| 县级经办机构意见(章)                 |                                                                                                                                      |        | 市(州)级经办机构意见(章)                             |              |      |    |
| 年 月 日                       |                                                                                                                                      |        | 年 月 日                                      |              |      |    |
| 经办人:                        |                                                                                                                                      |        | 经办人:                                       |              |      |    |
| 部门负责人: 分管领导:                |                                                                                                                                      |        | 部门负责人: 分管领导:                               |              |      |    |