**工伤保险待遇发放账户维护申请表（单位）**

单位（盖章）

|  |  |
| --- | --- |
| 单位编号： 单位名称： | |
| 维护类型 | □首次提交 |
| □变更提交： （变更原因） |
| 原账号（仅变更账号时填写）：  单位户名： 开户银行：  单位账号： | |
| 新增账号/变更后账号：  单位户名： 开户银行：  单位账号： | |
| 我单位对提供信息的真实性、准确性负责，如有变更，及时重新申请维护，如因单位提供信息不真实、不准确，或变更后未及时重新申请维护造成的任何后果，我单位愿自行承担责任。  年 月 日 | |
| 单位经办人员签名： 联系方式： | |

**注：1.本表涂改无效；**

**2.表中“□”采用打“√”选择。**