附件1

湖北省工伤保险费率对照表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保  方式 | 行业风险  分类 | 浮动费率档次 | | | | |
| 上浮  两档 | 上浮  一档 | 不浮动 | 下浮  一档 | 下浮  两档 |
| 按用人单位 | 一类 | 0.3% | 0.24% | 0.2% | ------- | ----- |
| 二类 | 0.60% | 0.48% | 0.4% | 0.32% | 0.20% |
| 三类 | 1.05% | 0.84% | 0.7% | 0.56% | 0.35% |
| 四类 | 1.35% | 1.08% | 0.9% | 0.72% | 0.45% |
| 五类 | 1.65% | 1.32% | 1.1% | 0.88% | 0.55% |
| 六类 | 1.95% | 1.56% | 1.3% | 1.04% | 0.65% |
| 七类 | 2.40% | 1.92% | 1.6% | 1.28% | 0.80% |
| 八类 | 2.85% | 2.28% | 1.9% | 1.52% | 0.95% |
| 按项目 | 低于10亿元部分 | 1.8‰ | 1.44‰ | 1.2‰ | 0.96‰ | 0.6‰ |
| 10亿元（含）至50亿元  部分 | 1.5‰ | 1.2‰ | 1‰ | 0.8‰ | 0.5‰ |
| 50亿元（含）以上部分 | 1.2‰ | 0.96‰ | 0.8‰ | 0.64‰ | 0.4‰ |

附件2

告知书编号：

工伤保险基准费率核定（变更）告知书

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 用人单位信息 | 用人单位名称 |  | | | |
| 统一社会信用代码 | |  | | |
| 联系人 |  | | 联系电话 |  |
| 首次核定基准费率 | 生产经营业务范围 | |  | | |
| 主营业务 |  | | 行业风险分类 |  |
| 基准费率 |  | | 核定时间 |  |
| 变更基准费率 | 原生产经营业务范围 | |  | | |
| 现生产经营业务范围 | |  | | |
| 原主营业务 |  | | 现主营业务 |  |
| 原行业  风险分类 |  | | 现行业  风险分类 |  |
| 原基准费率 |  | | 变更后基准费率 |  |
| 变更时间 |  | |  |  |
| 说明：1．本告知书由用人单位参保地工伤保险经办机构填写并按照有关规定送达用人单位；  2．用人单位对核定或变更基准费率有异议的，可在 年 月 日前填写《重新核定工伤保险费率申请表》，向 提出重新核定申请。  3．经办机构联系人： ，联系电话： 。 | | | | | |

工伤保险经办机构（章）

年 月 日

附件3

告知书编号：

工伤保险费率浮动告知书

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 用人单  位信息 | 用人单位名称 | |  | | | | | | |
| 统一社会信用代码 | |  | | | | | | |
| 联系人 |  | 联系电话 | |  | | | | |
| 上一浮动周期内用人单位浮动费率评估情况 | 上一浮动周期时间： 年 月 日至 年 月 日 | | | | | | | | |
| 缴费金额 | 按用人单位参保 | 元 | | | | | | |
| 按项目方式参保 | 元 | | | | | | |
| 基金支付待遇金额 | 按用人单位参保人员支付金额 | 元 | | | | | | |
| 不计入支缴率计算金额 | | | | | 元 | |
| 按项目方式参保人员支付金额 | 元 | | | | | | |
| 不计入支缴率计算金额 | | | | | 元 | |
| 支缴率 | 按用人单位参保 | % | | | | | | |
| 按项目方式参保 | % | | | | | | |
| 是否持有一级、二级安标化证书 | |  | | | 证书  等级 |  | | |
| 是否评为湖北省“健康企业” | |  | | | 评定  分数 |  | | |
| 是否评为安全生产标准化省级示范、达标企业 | |  | | | 评定等级 |  | | |
| 是否发生重大生产安全事故，职工被认定为工伤 | | | | | |  | | |
| 是否发生特大生产安全事故，职工被认定为工伤 | | | | | |  | | |
| 用人单位存在不得实施下浮情形的事实和依据： | | | | | | | | |
| 其他调整工伤保险浮动费率原因和依据： | | | | | | | | |
| 本期拟实施浮动费率标准 | 本期浮动费率实施时间： 年 月 日至 年 月 日 | | | | | | | | |
| 按用人单位参保 | | 基准  费率 |  | | 浮动费  率档次 | | |  |
| 浮动费率标准 | | |  | | | |
| 按项目方式参保 | | 基准  费率 |  | | 浮动费  率档次 | | |  |
| 浮动费率标准 | | |  | | | |
| 说明：1．本告知书由用人单位参保地工伤保险经办机构填写并按照有关规定送达用人单位；  2．浮动费率档次一栏填写上浮两档、上浮一档、不上浮、下浮一档或下浮两档，浮动费率标准一栏对应填写150%、120%、100%、80%或50%  3．用人单位对拟定的浮动费率有异议的，可在 年 月 日前填写《重新核定工伤保险费率申请表》，向 提出重新核定申请。  4．经办机构联系人： ，联系电话： 。 | | | | | | | | | |

工伤保险经办机构（章）

年 月 日

附件4

重新核定工伤保险费率申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | （加盖公章） | | |
| 统一社会信用代码 |  | | |
| 单位联系人 |  | 联系电话 |  |
| 申请时间 |  | 邮寄地址 |  |
| 费率核定或调整  《告知书》编号 |  | | |
| 对《告知书》中  有异议的项目 |  | | |
| 用人单位的说明及提供的相关材料 | （可另附页加盖公章） | | |
| 工伤保险经办机构受理情况 | 是（ ）否（ ），理由： | | |
| 工伤保险经办机构复核意见 | 审核人（章）  复核人（章）  经办机构（章）  年 月 日 | | |

附件5

湖北省工伤保险浮动费率调整信息表（一）

统计时间： 年 月 日至 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 评为湖北省“健康企业”用人单位 | 评定时间 | 评定分数 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |

（说明：本表由省卫健委按照省人社厅提供的全省工伤保险浮动费率实施方案填写，作为工伤保险费率浮动依据。）

卫生健康部门联系人：

联系电话：

卫生健康部门（公章）

年 月 日

附件6

湖北省工伤保险浮动费率调整信息表（二）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 持有一级、二级安全生产标准化证书  用人单位 | 证书等级 | 取得证书时间 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 发生重大、特大生产安全事故  用人单位 | 生产安全事故等级 | 事故发生时间 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |

（说明：本表由省应急厅按照省人社厅提供的全省工伤保险浮动费率实施方案填写，作为工伤保险费率浮动依据。）

应急管理部门联系人：

联系电话：

应急管理部门（公章）

年 月 日

附件7

湖北省工伤保险浮动费率调整信息表（三）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 评为“安全生产标准化省级示范、  达标企业”用人单位 | 评定等级 | 评定时间 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |

（说明：本表由省住建厅按照省人社厅提供的全省工伤保险浮动费率实施方案填写，作为工伤保险费率浮动依据。）

住建管理部门联系人：

联系电话：

住建管理部门（公章）

年 月 日