附件13

职业伤害保障待遇垫付情况说明

职业伤害人员 ，身份证号： ，于 年 月 日发生事故伤害，已确认为职业伤害。期间医疗费用由 （平台企业或平台服务机构）垫付 元。双方承诺以上信息真实、有效，现申请将 （姓名）的职业伤害医疗待遇 元支付至 （平台企业或平台服务机构）银行账户： 银行 支行；户名 ；行号 。

职业伤害人员签名：

平台企业或平台服务机构（盖章）：

日期： 年 月 日