

济南市人力资源和社会保障局 济南市财政局

济人社字〔2021〕27号

济南市人力资源和社会保障局 济南市财政局 关于做好新就业形态灵活就业人员意外 伤害保险补贴发放有关工作的通知

各区县(功能区)人力资源社会保障部门、财政局，各有关单位：

根据《关于转发鲁政办发〔2020〕19号文件做好支持多渠道灵活就业工作的通知》(济政办发〔2020〕31号)有关规定，现就做好新就业形态灵活就业人员意外伤害保险补贴(以下简称补贴)发放有关事宜通知如下：

一、补贴范围

济南市行政区域内，依托电子商务、网络预约出租车、外卖、快递等新业态平台(以下简称平台)灵活就业且办理就业登记并

购买意外伤害保险的人员（以下简称灵活就业人员）或所依托的平台企业。

二、补贴标准

自 2021 年 1 月 1 日起，新业态平台企业为依托本平台灵活就业人员购买意外伤害保险或依托上述平台灵活就业人员自行购买意外伤害保险的，在办理灵活就业登记后，按照每人每年不高于 100 元的标准给予意外保险补贴，投保额高于 100 元的按 100 元补贴，低于 100 元的据实补贴。

购买综合商业保险中包含意外伤害保险的，也可按规定对意外伤害保险部分给予补贴。同一被保险人在多个平台灵活就业、购买多份意外伤害保险的，一个自然年内累计享受满 100 元补贴后不再重复给予补贴。意外伤害保险补贴不能与职业伤害保障政策重复补贴。

三、资金来源

新就业形态灵活就业人员意外伤害保险补贴所需资金从就业补助资金中列支，由市与区县共同负担，具体分担比例按济财社〔2019〕25 号文件执行。

四、工作要求

各区县人力资源社会保障部门要明确责任分工，加强政策宣传，优化办事流程，认真做好审核发放工作，确保应发尽发和资金安全。财政部门要做好就业补助资金安排，保障工作顺利开展。申请补贴的平台企业和灵活就业人员对提供申报材料的真实性、合法性和完整性负责，凡弄虚作假套取、骗取资金的，一经查实，

追回所发资金，通报有关部门，并按照相关规定处理。涉嫌犯罪的，依法移送司法机关处理。对因玩忽职守、审核把关不严造成不良影响的相关部门和人员，依法依规严肃问责，并给予通报。

附件：新就业形态灵活就业人员意外伤害保险补贴办事流程

济南市人力资源和社会保障局



济南市财政局



2021年6月24日

（此件主动公开）

（联系单位：市公共就业服务中心）

附件

新就业形态灵活就业人员意外伤害保险 补贴办事流程

一、服务对象

济南市行政区域内，依托电子商务、网络预约出租车、外卖、快递等新业态平台灵活就业且办理就业登记并购买意外伤害保险的人员或所依托的平台企业。

二、申报材料

（一）个人申报

- 1、申请补贴人员身份证复印件；
- 2、《新就业形态灵活就业人员意外伤害保险补贴申请表》；
- 3、平台企业与灵活就业人员签订的劳动合同或劳务协议(含三方协议)复印件；
- 4、保险机构出具的意外伤害保险费收费发票复印件。

（二）平台企业申报

- 1、《新就业形态灵活就业人员意外伤害保险补贴申请表》（附电子文档）；
- 2、保险机构出具的意外伤害保险费收费发票和被保险人名单（平台企业）的复印件；

平台企业与灵活就业人员签订的劳动合同或劳务协议(含三

方协议)复印件及灵活就业人员身份证复印件,由申报平台企业妥善保管、留储备查。

三、办理程序

(一)提出申请。符合申报条件的新业态平台企业或灵活就业人员按当期参加意外伤害保险的人数填写《新就业形态灵活就业人员意外伤害保险补贴申请表》,平台企业向单位注册地所在的区县人力资源社会保障部门、个人向户籍地或者居住地街镇公共就业服务机构提出申请,并提交申报材料。

(二)审核。区县人力资源社会保障部门接到申报材料后,对申报平台企业和灵活就业人员的相关信息及时进行核实。

(三)公示。符合条件的予以公示,公示期为5个工作日。

(四)拨付:公示无异议的,由区县人力资源社会保障部门负责报同级财政部门后将补贴资金拨付至平台企业在银行开立的基本账户或灵活就业人员在银行开立的个人账户。

新就业形态灵活就业人员意外伤害保险补贴申领表

单位名称（盖章）：

年 月 日

序号	姓名	身份证号	从事灵活就业岗位	保险起止时间		保险机构名称	投保时间	移动电话	参加意外伤害 保险金额 (元)	补贴金额 (元)
				起始时间	终止时间					
1										
2										
3										
4										
5										
6										
合 计										
开户银行			开户账号			填表人		联系电话		
单位（个人）承诺		本单位（本人）提供的信息资料所涉及的全部内容合法、真实、有效，自觉履行应尽的责任和义务，如有虚假情况，愿意承担相关法律责任。 承诺单位签章（承诺人签名）： 年 月 日								
区县人力资源和社会保障部门审核意见：										
经办人：(签章)			审核人：(签章)			审核单位：（盖章）				
年 月 日			年 月 日			年 月 日				

备注：1.此表一式两份，单位加盖公章，个人无需盖章。
2.申请单位和个人需提供真实资料并据实填报信息，个人必须符合申请条件。如与实际情况不一致，承担相应责任。

