

供养亲属核定表

单位名称：（章）

单位编号：

工亡职工姓名		性别		职工编号	
身份证号					
因工死亡认定 决定书编号			死亡 时间		
供养亲 属姓名	性别	年龄	与工亡职工关系		
用人单位意见					
社会保险经办机构审核情况：					
经办人： 年 月 日					
社会保险经办机构审核意见：					
（签章） 年 月 日					

经办人： 联系电话：

注：此表一式二份，用人单位、社会保险经办机构各一份