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