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 | | |