

江苏省人力资源社会保障厅江苏省财政厅江苏省教育厅 江苏省税务局关于印发《江苏省实习生和见习人员 参加工伤保险办法》的通知

苏人社规〔2026〕1号

各设区市、县(市、区)人力资源社会保障局、财政局、教育局、税务局,国家税务总局苏州工业园区税务局:

现将《江苏省实习生和见习人员参加工伤保险办法》印发给你们,请遵照执行。

江苏省人力资源和社会保障厅
江苏省财政厅
江苏省教育厅
国家税务总局江苏省税务局

2026年5月29日

江苏省实习生和见习人员参加工伤保险办法

第一条 为保障劳动者权益,更好化解用工单位工伤风险,促进社会和谐稳定,参照《工伤保险条例》《江苏省实施〈工伤保险条例〉办法》,结合我省实际,制定本办法。

第二条 在本省行政区域内的国家机关、企业、事业单位、社会团体、民办非企业单位、基金会、律师事务所、会计师事务所等组织和有雇工的个体工商户(以下称从业单位)可以自愿为本单位实习生和见习人员(以下称实习见习人

员)参加工伤保险,缴纳工伤保险费。实习见习人员个人不缴纳工伤保险费。

与用人单位建立劳动关系的职工应当依法参加社会保险,不适用本办法。

第三条 本办法所指实习生,是指年满16周岁,由实施全日制学历教育的普通高等学校、中高等职业学校(含技工院校)根据法律、法规和国家有关规定,集中统一安排或者经学校批准自行联系实习单位进行岗位实习的在校学生。

本办法所指见习人员,是指毕业后2年内未就业的、离毕业时间不足6个月(毕业当年1月1日至6月30日)尚未落实工作单位的全日制普通高校学生、技工院校毕业年度高级工班、预备技师班、技师班毕业生,以及16-24周岁登记失业青年,经向人力资源社会保障部门申请就业见习岗位,由见习单位与属地公共就业和人才服务机构审核确认并签订就业见习协议,至见习单位见习的人员。

第四条 从业单位为实习见习人员参加工伤保险,应当持与实习见习人员签订的实习协议或者见习协议、参保花名册及《江苏省实习生和见习人员参加工伤保险承诺书》至从业单位参保地社会保险经办机构办理参保登记手续。其中《江苏省实习生和见习人员参加工伤保险承诺书》中入职体检(职业病筛查)情况、在校学生就读证明等证明事项采用告知承诺制。

第五条 从业单位为实习见习人员参加工伤保险,应当自办理参保登记手续后主动向税务机关一次性缴纳工伤保险费。在实习见习人员实习或者见习开始前完成参保登记手续的,工伤保险费数额为实习或者见习期间劳动报酬总额乘以单位缴费费率之积;在实习或者见习期间完成参保登记手续的,工伤保险费数额为参保登记当月至实习见习期结束期间劳动报酬总额乘以单位缴费费率之积。

实习见习人员月劳动报酬高于全省社会保险缴费工资基数上限的,按照全省社会保险缴费工资基数上限确定缴费基数;月劳动报酬低于全省社会保险缴费工资基数下限的,按照全省社会保险缴费工资基数下限确定缴费基数。

第六条 从业单位在实习见习人员实习或者见习开始前完成缴费的,工

工伤保险关系生效及终止时间与实习见习协议约定的起止时间一致。从业单位在实习见习人员实习或者见习期间完成缴费的,工伤保险关系生效时间为缴费完成次日,终止时间为实习或者见习结束当日。

从业单位或者实习见习人员提前解除实习见习协议的,由从业单位提交提前解除协议的情况说明,向社会保险经办机构办理停保手续,向税务部门申请退费。退费数额为从业单位办理停保次月起至协议约定终止当月为该实习见习人员缴纳的工伤保险费。

从业单位与实习见习人员续签实习见习协议的,应当及时向社会保险经办机构办理延长工伤保险关系的相关手续。

第七条 实习见习人员在参保期间遭受事故伤害或者患职业病的,参照《工伤保险条例》《江苏省实施〈工伤保险条例〉办法》及其他相关规定进行工伤认定、劳动能力鉴定、工伤保险待遇支付。本办法有特殊规定的,按照本办法执行。

第八条 实习见习人员在参保期间发生工伤或者患职业病,其实习见习期满后仍需继续治疗且未领取一次性工伤医疗补助金的,由工伤保险基金继续支付工伤医疗待遇。

实习见习人员因工致残被鉴定为一级至四级伤残的,由工伤保险基金按伤残等级支付一次性伤残补助金,按月支付伤残津贴。实习见习人员达到退休年龄并办理退休手续后,停发伤残津贴,按照国家有关规定享受基本养老保险待遇。基本养老保险待遇低于伤残津贴的,由工伤保险基金补足差额。

实习见习人员因工致残被鉴定为五级至十级伤残,实习见习期满的,以实习见习协议终止时的待遇标准由工伤保险基金支付一次性工伤医疗补助金,工伤保险关系终止。

《工伤保险条例》《江苏省实施〈工伤保险条例〉办法》规定的工伤保险基金支付范围之外的相关费用,由从业单位和实习见习人员协议约定或者协商解决。双方协商不成的,当事人可通过民事诉讼或者其他法律途径予以解决。法律法规规章另有规定的,从其规定。

第九条 实习见习人员在参保期间发生工伤或者患职业病,因工致残被鉴定为五级至十级伤残或者经鉴定为不达级,与从业单位解除或者终止实习见习协议的,劳动能力鉴定委员会不再受理其本次伤残的劳动能力复查鉴定申请。

第十条 从业单位应当对实习见习人员进行安全生产和职业病防治教育,执行安全卫生规程和标准,预防工伤事故发生,避免和减少职业伤害。

从业单位应当按照国务院卫生行政部门的规定,对从事接触职业病危害作业的实习见习人员组织上岗前、在岗期间和离岗时的职业健康检查,并书面告知检查结果。职业健康检查费用由从业单位承担。

第十一条 从业单位按照本办法规定自愿为实习见习人员参加工伤保险,不作为确认双方存在劳动关系的依据。双方就是否存在劳动关系发生争议的,按照劳动争议的有关规定处理。

第十二条 从业单位未按本办法规定为实习见习人员参保并缴费,实习见习人员遭受事故伤害或者患职业病的,不适用《工伤保险条例》《江苏省实施〈工伤保险条例〉办法》和本办法,不纳入工伤保险基金先行支付范围,社会保险行政部门不予受理其工伤认定申请。

第十三条 从业单位和实习见习人员通过虚构工伤事故、伪造工伤材料等手段骗取工伤保险待遇或者工伤保险基金支出的,社会保险经办机构违规发放待遇的,按照《中华人民共和国社会保险法》《工伤保险条例》《江苏省社会保险基金监督条例》等法律法规规章处理。

第十四条 本办法自2026年7月1日起施行,有效期至2031年6月30日。此前有关规定与本办法不一致的,按本办法执行。本办法施行后,法律法规规章作出新规定的,从其规定。

附件:1. 江苏省实习生和见习人员参加工伤保险告知书

2. 江苏省实习生和见习人员参加工伤保险承诺书

附件 1

江苏省实习生和见习人员参加工伤保险告知书

一、按照减证便民、优化服务的工作要求,本社会保险业务经办涉及的部分证明事项实行告知承诺制。

二、从业单位须知晓本业务办理的条件,知晓《工伤保险条例》《江苏省实施〈工伤保险条例〉办法》《江苏省实习生和见习人员参加工伤保险办法》规定的权利和义务,如实提交从业单位和参保对象相关信息。

三、从业单位办理本业务时,同意并签署(盖章)《江苏省实习生和见习人员参加工伤保险承诺书》后,可不再提交相关证明材料(详见下表)。社会保险经办机构依据承诺办理本业务后,可对承诺内容进行核实,无法核实的,可要求从业单位提交必要的证明。办理流程 and 结果接受社会监督。

四、从业单位或者实习见习人员有较严重不良信用记录或者曾作出虚假承诺的,不适用告知承诺制,从业单位需按规定提交证明材料。

五、从业单位或者实习见习人员不符合相关办理条件或者未按照社会保险经办机构要求办理相关事项的,不予办理本业务。从业单位或者实习见习人员有故意隐瞒真实情况、提供虚假承诺或者以其他不正当手段取得相应证明材料等严重违法违规行为的,依法依规进行处理,纳入社会保险领域严重失信人名单,由相关部门实施联合惩戒。失信人员信息视情况向社会公布,涉嫌犯罪的,移送司法机关处理。

江苏省实习生和见习人员参加工伤保险 适用告知承诺制的证明事项范围

序号	证明名称
1	入职体检（职业病筛查）情况
2	在校学生就读证明

附件 2

江苏省实习生和见习人员参加工伤保险承诺书

申请单位 基本信息	单位名称			
	单位编号			
办理业务及证明材料（勾选并补充完整）： ☐ 实习生参加工伤保险： 经协商，我单位与_____（学校名称）、学生_____（填写姓名）（填写身份证号）签订实习协议，协议实习时间自_____年____月____日至_____年____月____日。现申请根据《江苏省实习生和见习人员参加工伤保险办法》，为其办理工伤保险参保手续。我单位已确认其年满 16 周岁，由实施全日制学历教育的普通高等学校、中高等职业学校（含技工院校）根据法律、法规和国家有关规定，集中统一安排或者经学校批准自行联系实习单位进行岗位实习的在校学生。 ☐ 见习人员参加工伤保险： 经协商，我单位与_____（填写学校名称）、_____（填写姓名）_____（填写身份证号）签订见习协议，协议见习时间自_____年____月____日至_____年____月____日。现申请根据《江苏省实习生和见习人员参加工伤保险办法》，为其办理工伤保险参保手续。我单位已确认其系按照《江苏省就业见习经办规程》到见习单位参加就业见习的人员。 承诺内容：本单位已认真阅读《江苏省实习生和见习人员参加工伤保险告知书》及相关规定，对证明义务和办理条件已充分知晓。在此，本单位郑重承诺：本单位已经符合本业务办理条件，填报和提交的所有信息均真实、准确、完整、有效，并授权同意经办机构通过其他部门、机构、企业查询与承诺相关的信息，用于核实承诺内容的真实性。本单位承诺及时如实告知参保人参加工伤保险和缴费情况以及有关工伤保险的权利义务，并依法依规办理工伤保险事项。同时，知悉本单位如作出不实承诺，或者出现为与本单位无实习或见习关系的其他人员参加工伤保险等行为的，将被列入社会保险领域严重失信人名单，相关失信信息将在“信用中国”、人社门户网站等媒介公示，并承担由此造成的一切后果，涉及犯罪的移交司法机关处理。				
单位办理 人信息	姓名		移动电话	
	联系地址			
承诺单位（公章） 承诺日期：_____年____月____日				