

编号:

工伤认定申请表

申请人:

受伤害职工:

申请人与受伤害职工关系:

填表日期: 年 月 日

填表说明:

- 1、用钢笔或签字笔填写,字体工整清楚。
- 2、申请人为用人单位的,在首页申请人处加盖单位公章。
- 3、受伤害部位一栏填写受伤害的具体部位。
- 4、诊断时间一栏,职业病者,按职业病确诊时间填写;受伤或死亡的,按初诊时间填写。
- 5、受伤害经过简述,应写明事故发生的时间、地点,当时所从事的工作,受伤害的原因以及伤害部位和程度。职业病者应写明在何单位从事何种有害作业,起止时间,确诊结果。
- 6、申请人提出工伤认定申请时,应当提交受伤害职工的居民身份证;医疗机构出具的职工受伤害时初诊诊断证明书,或者依法承担职业病诊断的医疗机构出具的职业病诊断证明书(或者职业病诊断鉴定书);职工受伤害或者诊断患职业病时与用人单位之间的劳动、聘用合同或者其他存在人事、劳动关系的证明。
有下列情形之一的,还应当分别提交相应证据:
 - (一)职工死亡的,提交死亡证明;
 - (二)在工作时间和工作场所内,因履行工作职责受到暴力等意外伤害的,提交公安部门的证明或者其他相关证明;
 - (三)因工外出期间,由于工作原因受到伤害或者发生事故下落不明的,提交公安部门的证明或者相关部门的证明;
 - (四)在上下班途中,受到非本人主要责任的交通事故或者城市轨道交通、客运轮渡、火车事故伤害的,提交公安机关交通管理部门或者其他相关部门的证明;
 - (五)在工作时间和工作岗位,突发疾病死亡或者在48小时之内经抢救无效死亡的,提交医疗机构的抢救证明;
 - (六)在抢险救灾等维护国家利益、公共利益活动中受到伤害的,提交民政部门或者其他相关部门的证明;
 - (七)属于因战、因公负伤致残的转业、复员军人,旧伤复发的,提交《革命伤残军人证》及劳动能力鉴定机构对旧伤复发的确认。
- 7、申请事项栏,应写明受伤害职工或者其近亲属、工会组织提出工伤认定申请并签字。
- 8、用人单位意见栏,应签署是否同意申请工伤,所填情况是否属实,经办人签字并加盖单位公章。
- 9、社会保险行政部门审查资料和受理意见栏,应填写补正材料或是否受理的意见。
- 10.表一式二份,社会保险行政部门、申请人各留存一份。

职工姓名		性别		出生日期	年 月 日
身份证号码				联系电话	
家庭住址				邮政编码	
工作单位				联系电话	
单位地址				邮政编码	
职业、工种或工作岗位				参加工作 时间	
事故时间、地点及 主要原因				诊断时间	
受伤害部位				职业病名 称	
接触职业病危害 岗位				接触职业 病危害时 间	
受伤害经过简述 (可附页)					

申请事项:

申请人签字:

年 月 日

用人单位意见:

经办人签字:

(公章)

年 月 日

经办人签字:

年 月 日

负责人签字:

(公章)

年 月 日

社会保险行政部门
审查资料和受理意见

备注: