编号：

**工 伤 认 定 申 请 表**

**申请人：**

**联系电话：**

**受伤害职工：**

**申请人与受伤害职工关系：**

**填表日期：**

**填 表 说 明**

1、用黑色钢笔或签字笔填写，字体工整清楚。

2、申请人为用人单位的，在名称处加盖单位公章。

3、受伤害部位一栏按照医院诊断证明书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。职业病患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劳动、人事关系的证明。

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）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、受伤害职工或其近亲属意见栏应写明是否同意申请工伤认定，以上所填内容是否真实。

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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职工姓名 | | | |  | 性别 | |  | 出生日期 | | 年 月 日 | | | |
| 身份证号码 | | | |  | | | | 联系电话 | |  | | | |
| 家庭地址 | | | |  | | | | | | 邮政编码 | |  | |
| 联系地址 | | | |  | | | | | | 邮政编码 | |  | |
| 工作单位 | | | |  | | | | 联系电话 | |  | | | |
| 单位地址 | | | |  | | | | | | 邮政编码 | |  | |
| 单位营业  执照号码 | | |  | | | | 在场证人及其联系电话 | |  | | | |
| 职业、工种  或工作岗位 | | |  | | | | 参加工作  时间 | |  | | | |
| 事故时间 | | | |  | | | | 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）： | | | | | | | | | | | | | |
| 受伤害职工或其近亲属意见：  签字  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 用人单位意见：  经办人签字  （公章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 社会  保险  行政  部门  审查  资料  受理  意见 | | | （公章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 备注 | | |  | | | | | | | | | |