|  |  |
| --- | --- |
| 申请事项：    申请人（受伤害职工）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  和受理意见 | 接件时间 年 月 日  经办人签字：  年 　 月　　 日 |
| 受理时间 年 月 日  负责人签字：  （公章）  年　　 月　　 日 |
| 备注： | |

4

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：

受 伤 害 职 工 电 话 ：

用 人 单 位 电 话 ：

填表日期： 年 月 日

申报日期： 年 月 日

人力资源和社会保障部 制

1

**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，须在第1页申请人栏处加盖单位公章。**

**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；**

**（六）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、此表一式二份，社会保险行政部门、申请人各留存一份。**

**2**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职工姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  |
| 身份证号码 |  | | | 联系电话 |  |
| 家庭地址 |  | | | 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 |  |
| 受伤害部位或职业病名称 |  | | | 是否参加工伤保险 |  |
| 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） |  | | | | |

**3**