

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

职工姓名			
身份证号码		联系电话	
家庭地址		邮政编码	
通讯（送达）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		职业病名称	
接触职业病 危害岗位		接触职业病 危害时间	

<p>工伤认定文书送达 方式选择 (请在相对应方式的□内打√选择)</p>	<p><input type="checkbox"/> 申请人到服务窗口接受送达;</p> <p><input type="checkbox"/> 专递送达 (送达地址_____);</p> <p>专递送达的, 其工伤认定文书的送达与社会保险行政部门的送达具有同等效力。地址填写不准确导致工伤认定文书未能被受送达人实际接收的, 文书退回之日视为送达之日; 因受送达人自己填写的送达地址变更未及时告知本单位、受送达人本人拒绝签收, 导致工伤认定文书未能被受送达人实际接收的, 文书退回之日视为送达之日);</p> <p>受送达人下落不明, 或者其他方式无法送达的, 将在本单位官网公告送达。自发出公告之日起, 经过六十日, 即视为送达。</p>
<p>受伤害经过简述 (可附页)</p>	
<p>申请事项:</p> <p style="text-align: right;">申请人签字: 年      月      日</p>	

用人单位意见：

单位负责人签字

(公章)

年 月 日

受伤害职工或近亲属意见：

签字：

年 月 日

备注：

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委员会出具的职业病诊断鉴定书）；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《残疾军人证》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、此表一式二份，社会保险行政部门、申请人各留存一份。