  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：**

**申请人地址：**

**联系电话：**

**填表日期：**   **年 月 日**

**人力资源和社会保障部 制**

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，由申请人填写。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，救治经过。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、火化证明；

（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、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、法定代表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。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | | | 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（受伤害职工或亲属意见）：  签字：  年　 月　 日 | | | | | | |
| 用人单位意见：  经办人： 法定代表人签字：  （公章）  年 　月　 日 | | | | | | |
| 社  会  保  险  行  政  部  门  审  查  资  料  和  受  理  意  见 | （公章）    经办人： 年 月　 日 | | | | | |
| 备注： | | | | | | |