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 |   | 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 |   |
| 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 |   |
| 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：承诺：本单位填写的上述内容和提供材料真实有效，如有虚假愿承担一切后果及法律责任。 经办人签字: 负责人签字：（盖章）年  　月　  日 |
| 社会保障行政部门审查和受理意见 |  经办人签字：  年  月　 日         |
| 负责人签字： 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》及旧伤复发医学鉴定意见。
　　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。